

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE E DA JUSTIÇA

Perceções e significados que os utilizadores de drogas atribuem à Redução de Riscos e Minimização de Danos

Ana Filipa Moreira de Castro

M

2019



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**PERCEÇÕES E SIGNIFICADOS QUE OS UTILIZADORES DE DROGAS
ATRIBUEM À REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS**

Ana Filipa Moreira de Castro

Outubro 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do
Porto, orientada pelo Professor Doutor *Miguel Cameira* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Parece que cheguei ao fim da mais ambivalente etapa minha vida. aprendi muito, acima de tudo percebi que quanto mais se estuda um assunto mais se quer saber sobre ele.

Quero dar os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Miguel Cameira, por acreditar e apoiar o meu projeto, foi o melhor orientador que poderia ter escolhido.

A todas as pessoas que aceitaram participar nesta investigação, obrigada pelas preciosas contribuições para a minha pesquisa.

Em terceiro lugar, tenho que agradecer à minha família por todo o apoio e compreensão.

Não posso deixar ainda de agradecer à minha parceira Daniela pela partilha de conhecimentos e sentimentos sobre os nossos projetos. Foram uma mais valia em todos os sentidos.

Obrigada à Bárbara, à Filipa, à Teresa, à Anita pelo apoio constante. E a todos os amigos que me ajudaram, mesmo sem darem conta. Obrigada a todas as pessoas que me motivaram.

Resumo

O presente estudo procura compreender o impacto da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) na vida dos utilizadores de drogas e os significados que estes lhes atribuem. Esta investigação adotou uma metodologia qualitativa assente em 19 entrevistas semiestruturadas realizadas a utentes de um Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência. Os dados mostram a importância da RRMD nos vários níveis da vida dos utilizadores de substâncias psicoativas e as opiniões associadas aos consumos.

Pretendeu-se ao longo do estudo perceber se existe conhecimento das práticas de RRMD, qual é a opinião acerca do funcionamento destas estruturas e como se sentem em contato com os técnicos. São ainda explorados os aspetos positivos da toma de cloridrato de metadona e as diferenças observadas após o contato com a RRMD tanto a nível dos consumos, como na forma como eram vistos pela sociedade. É ainda solicitada uma reflexão final sobre as várias evoluções: avanços e recuos ao longo dos seus percursos, dando-se ênfase ao pós-contato com a RRMD.

Os resultados permitem-nos constatar que a política de RRMD tem um grande impacto benéfico na vida dos dependentes de substâncias psicoativas. Salientam-se as opiniões positivas sobre o funcionamento das estruturas, as relações com os técnicos, as vantagens da substituição opiácea. Sobressaiu ainda o reconhecimento da redução de práticas de risco para a saúde individual e pública associadas aos consumos.

Palavras-chave: Redução de Riscos e Minimização de Danos, utilizadores de substâncias psicoativas, substituição opiácea

Abstract

The aim of the present investigation is to understand the impact of Risk and Harm Reduction Programs on the lives of drug users and the meanings they attribute to these practices. We used a qualitative methodology, based on 19 semi-structured interviews done to users of an Opiates Substitution Program with Low Requirements. The data collected highlights the importance of Risk and Harm Reduction Programs in all dimensions of drug users lives and their opinions related to drug use.

During the study, the primary goal was to determine if there was any knowledge about risk and harm reduction practices, the opinions of users about the way these structures work and how they feel about their contact with staff. Besides that, the positive aspects of taking methadone hydrochloride and the differences observed in drug use and social opinion after contacting with risk and harm reduction programs are also explored. Finally, participants were asked to make a final reflection about various types of improvements: breakthroughs and setbacks during their trajectories, emphasizing the time after contacting Risk and Harm Reduction Programs.

The results show that risk and harm reduction policies have a big positive impact on the lives of psychoactive substances dependents. The positive opinions about structures functioning, relations with staff and advantages of opiates substitution were pointed out. Additionally, we stand out the recognition of risk practices reduction as a mean to improve individual and public health problems associated to drug use.

Keywords: Risk and Harm Reduction, Drug users, Opiates Substitution

Résumé

La présente étude cherche à comprendre l'impact de la réduction des risques et de la réduction des méfaits sur la vie des toxicomanes et la signification qu'ils leur donnent. Cette recherche a adopté une méthodologie qualitative basée sur 19 entretiens semi-structurés menés auprès des patients d'un programme de remplacement des opiacés aux exigences minimales. Les données montrent l'importance de la RRMD dans les différents niveaux de vie des consommateurs de substances psychoactives et les opinions associées à la consommation. Tout au long de l'étude, l'intention était de comprendre s'il existait une connaissance des pratiques de la RRMD, quel était l'avis sur le fonctionnement de ces structures et leur contact avec les techniciens. Également les aspects positifs de l'ingestion de chlorhydrate de méthadone et les différences observées après le contact avec le RRMD en termes de consommation et de perception de la société ont été explorés. Nous demandons également une dernière réflexion sur les différentes évolutions: avancées et reculs le long de leurs trajectoires, en mettant l'accent sur le post-contact avec le RRMD. Les résultats nous ont permis de constater que la politique de la RRMD avait un impact bénéfique considérable sur la vie des toxicomanes. Les opinions positives sur le fonctionnement des structures, les relations avec les techniciens, les avantages de la substitution aux opioïdes sont mis en évidence. Il y avait aussi la reconnaissance de la réduction des pratiques de risque pour la santé individuelle et publique associées à la consommation.

Mots-clés: Réduction des risques et minimisation des méfaits, consommateur de substances psychoactives, substitution aux opiacés

Índice

Índice de Abreviaturas	vi
Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	2
1.Fenómeno droga: o seu impacto para o consumidor e sociedade	2
2.Redução de Riscos e Minimização de Danos	3
3.Pressupostos/ princípios fundamentais da RRMD	9
3.1. Humanismo e pragmatismo	10
3.2. <i>Advocacy</i> /Apoio à pessoa	11
3.3. <i>Outreach</i>	11
3.4. Educação para a Saúde	12
3.5. Educação de pares	13
Parte II – Estudo Empírico	14
1. Pertinência do estudo e Objetivos	14
2.Método	14
2.2.Técnicas de Recolha de dados	16
2.3.Técnica de Análise de dados	17
3. Apresentação e discussão de resultados	17
3.1. Consumo	17
3.1.1. Impacto das drogas nas suas vidas	18
3.1.2. Opinião/sentimento em relação aos consumos	20
3.1.3. Substância de eleição e as crenças associadas ao seu consumo	24
3.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos	26
3.2.1. Conhecimento sobre as práticas e procedimentos de RRMD	26
3.2.2. Opinião sobre o funcionamento das estruturas de RRMD e sugestões	29
3.2.3. Como é sentido o contato com as equipas de rua	31
3.2.4. Aspetos positivos/vantagens da toma de cloridrato de metadona	32
3.2.5 Diferenças observadas nas práticas de consumo após RRMD	35
3.2.5.1 Redução das práticas prejudiciais para saúde	35
3.3.5.2 Alterações nas doses, substâncias e via de administração	37
3.2.6 Diferenças percecionadas na forma como eram olhados pela sociedade antes e depois de entrar em RRMD	39
3.2.7. Reflexão sobre os avanços e recuos ao longo do percurso	41
4.Reflexões Finais	43
	iv

Referências Bibliográficas	46
ANEXOS	51
Anexo 1. Consentimento informado	51
Anexo 2. Guião da Entrevista	52
Anexo 3. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados	54
Anexo 4. Características dos participantes relativamente ao consumo de substâncias psicoativas	55
Anexo 5. Grelha de análise de conteúdo categorial temática	57
Anexo 6. Breve caraterização ao que é associado, tempo de contato, se este é continuado ou não e como chegaram até às estruturas de RRMD	57
Anexo7. Diferenças existentes nas práticas de consumo antes e depois de ingressarem na RRMD	59

Índice de Abreviaturas

RRMD- Redução de Riscos e Minimização de Danos

SPA- Substância Psicoativa

UD- Utilizador de droga

SCA- Salas de consumo Assistido

PSOBLE- Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência

SICAD- Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

OEDT-Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência

IDT-Instituto da Droga e Toxicodependência

RSI- Rendimento Social de Inserção

CM- Cloridrato de Metadona

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Introdução

“Aqui dão-nos a meta, atravessamos a rua e temos a droga. Ora pensa lá um bocadinho!” (E13MB)

O trabalho em RRMD exige bastante não só pelo contexto e população em que decorre como também pelo seu objetivo: atender às principais necessidades dos utilizadores de drogas e outros indivíduos também marginalizados. Relativamente à frase do início da introdução, serve para salientar que o trabalho de RRMD tem paradoxos: convive com a droga, com os consumos, não ignora, nem deixa ninguém de parte, insere-se nos locais onde se consome, se trafica, se ressaca, está localizada num ponto onde basta atravessar a rua e ter soluções mais práticas, seguras e humanas.

O presente estudo pretende compreender, através da perceção dos UD's o impacto que a política RRMD tem nos vários níveis das vidas dos seus utentes. Pretende-se mostrar o que os UD's sentem e vivenciam ao contatarem com um lado da rua (RRMD), se vão abandonando o outro lado da rua (drogas ilícitas) e mesmo que não o façam, ou levem tempo a fazê-lo, sentirão aceitação e apoio por parte dos técnicos. Nesta linha de pensamento, podemos ver que a RRMD “Por um lado, naturalizando o comportamento *drug*, o banaliza, produzindo um silêncio feito da sua onnipresença, por outro, cria excelentes condições para o reforço de saberes que, até agora, têm tido um estatuto pouco mais do que marginal no campo das drogas.” (Fernandes & Ribeiro, 2002; p.64). Dito de outra forma, se por um lado a RRMD busca transformar a presença e o estatuto dos dependentes de SPA's, por outro lado, “assenta numa espécie de resignação perante o seu destino” (Fernandes & Ribeiro, 2002; p.63).

O presente trabalho divide-se em duas partes. A Parte I destina-se à definição dos conceitos analisados ao longo da dissertação, bem como apresentar alguns estudos realizados na área que contribuam para uma melhor compreensão do fenómeno. Na Parte II consta o estudo empírico com o objeto e objetivos do mesmo, expondo-se o método pelo qual se orientou o estudo. Segue-se a descrição da amostra em estudo e do procedimento utilizado na recolha e tratamento dos dados. Seguidamente é elaborada a análise e discussão dos resultados, sustentadas com os extratos mais significativos das narrativas dos entrevistados/as, e relacionadas com a literatura existente. Finalmente, são apresentadas algumas reflexões finais, para uma melhor integração dos resultados.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Fenómeno droga: o seu impacto para o consumidor e sociedade

“Droga é uma substância química que afeta as funções orgânicas e psicológicas dos seres vivos, podendo ser usada com diversos fins” (Cruz, 2005; p.66).

O mesmo autor defende que não podemos esquecer o caráter aditivo de algumas substâncias, nem o perigo que podem acarretar com a sua utilização, mas a droga não existe enquanto objeto universal. A droga pode ser o que uma sociedade decide chamar de tal.

A utilização de SPA's estará sempre presente, seja uso ou abuso das mesmas, gerando dependência ou não, deve-se sempre adequar a resposta ao tipo de UD. Nesta linha de pensamento vê-se que as políticas de RR surgem como primeira linha interventiva, “adiam” a urgência em curar e admitem a utilização de drogas, apenas buscam a substituição de um consumo de risco para o individuo e sociedade e consequentemente reduzem o impacto desse consumo (Cruz, 2005).

Segundo Becker (1963) temos o individuo ativo, com capacidades de escolha e reflexão e a sociedade com uma pluralidade de valores, pois nela existem vários grupos com diferentes interesses. E portanto, deve-se compreender as especificidades de cada ser, neste caso do que usa drogas, como um interesse contextualizado, descritivo e centrado nos significados que cada um atribui aos seus atos (Fernandes & Agra, 1993).

O conceito de dependência tem ao longo do tempo diferentes abordagens, não havendo um consenso entre os autores que a estudam. Nadeau (1994) citado por Ribeiro (1995) identifica três fases na história da definição da dependência: a primeira explica-se apenas com uma variável o produto; a segunda explica-se por duas variáveis o produto e o consumidor; e a terceira fase que corresponde à atualidade defende uma interação entre o produto- consumidor- meio.

A compreensão do uso e abuso de drogas necessita de ter em consideração o individuo e a sua agência, a sociedade e a sua estrutura e posto isto, ver as várias formas, pelas quais se inter-influenciam (Cruz, Machado & Fernandes, 2012).

De acordo com Romaní (2008) o consumo tem várias fases e mudanças acabando por criar uma identidade ou um estilo de vida em que a SPA é o centro. Então, estas

mudanças verificam-se: nos significados dos consumidores; nas suas percepções e controlo do tempo; nas interações com as pessoas e espaços; no controlo/monitorização da saúde, nas relações de trabalho e condições económicas; nos sistemas mais formais e por último, alterações na regularidade do consumo e nas quantidades utilizadas.

A RR é uma estratégia de controlo social característico das sociedades de capitalismo avançado (Fernandes & Ribeiro, 2002) contrária ao proibicionismo, defende que não é necessário castigar, criminalizar, punir ou tentar pôr fim aos consumos, devendo em vez disso adotar-se estratégias dissuasoras não punitivas e propagação de informação sobre os danos do consumo (Costa, 2001). O proibicionismo não detém resultados satisfatórios (Cruz & Machado, 2013). Esta orientação leva a problemas sanitários, sociais, judiciais e económicos. Além disso as repressões sociais sobre as drogas levam à marginalização dos consumidores (Fernandes, 2009) e inevitavelmente o aumento dos danos para a saúde pessoal e pública (Barbosa, 2006).

A insistência mediática nos discursos que relacionam a droga a desordem e crime é bastante redutora (Fernandes, 2011). Concluindo, “a “verdade” do fenómeno droga é, pois, um conhecimento que se constrói num ir e vir entre experiências e linguagens dos atores das drogas e dos especialistas do fenómeno” (Fernandes, 2011; p.29).

2. Redução de Riscos e Minimização de Danos

A intervenção comunitária surge como alternativa às respostas dos modelos clássicos dada a sua ineficácia numa sociedade em crescente complexificação, onde a vida em comunidade se pauta pela impessoalidade e diversidade dos seus contextos urbanos (Agra & Fernandes, 1991). Assim, nos últimos anos, tem-se verificado uma alteração nos padrões do trabalho comunitário, que não se limita apenas à prestação de serviços mas sim à promoção da mobilização e capacitação das comunidades locais. O objetivo é tornar mais eficaz a prossecução dos propósitos da prestação de serviços menos estigmatizantes e que proporcionem crescimento e desenvolvimento psicológico. Assim, o resultado da intervenção social é uma mudança social e, depois, individual (Ornelas, 1997). Neste sentido, tem-se criado e estimulado uma maior consciência por parte das pessoas como agentes comunitários. A diversidade encontra-se muito presente na psicologia comunitária. Através desta, não se alude apenas às preocupações relacionadas com a visibilidade e reconhecimento do estatuto da diferença dos grupos minoritários, mas foca-se sobretudo na contribuição que estes têm para as comunidades. A ideia é a de que estes

grupos minoritários podem funcionar como uma alavanca da mudança (e.g., introdução de diversidade num contexto) (Ornelas, 2008). A RRMD nasce da intervenção comunitária com uma perspetiva de saúde pública, onde o objetivo é focar as consequências, de saúde e sociais, que decorrem do consumo, independentemente do uso de drogas em si mesmo. Isto é, deverá sempre ter-se em conta a minimização dos danos associados a esse mesmo consumo. Estudos realizados por Fernandes e Ribeiro (2002) revelaram que o crescimento da propagação de hepatites e SIDA, juntamente com a incapacidade de resposta das terapias tradicionais à complexidade social são as principais razões que justificam o aparecimento de RRMD.

Os primeiros programas de redução de riscos, surgem na Holanda e no Reino Unido. No caso da Holanda, foram os próprios consumidores que deram início aos movimentos de redução de riscos. Estes criaram em 1980 o *junkiebond*, que consistia num sindicato de utilizadores duros de drogas. Tal levou à criação do primeiro programa de troca de seringas em 1984, possibilitando uma redução significativa da propagação do VIH (Marlatt, 1999). Neste país, foi notória a mudança do modelo predominantemente orientado para a abstinência para uma abordagem de opções múltiplas (Marlatt, 1999). Sendo uma política muito marcada pela defesa dos utilizadores e com foco no imediato e nos danos. Em relação ao Reino Unido, este país era conhecido pela prescrição de heroína injetável a dependentes de opióides (Marlatt, 1999). É ainda relevante referir que a Austrália foi o primeiro país a introduzir formalmente na sua política de drogas a redução de riscos (Marlatt, 1999).

Em Portugal, a falência dos procedimentos tradicionais, ou seja, das intervenções focadas na abstinência e programas livres de drogas, levou à alteração das conceções sobre a toxicodependência e os toxicodependentes, conduzindo a novos olhares sobre os UD's (Fernandes & Ribeiro, 2002): estes deixaram de ser vistos como doentes ou delinquentes para passarem a ser observados como pessoas que têm a toxicodependência como estilo de vida. Esta perspetiva levou então à eclosão da RRMD. A implementação deste tipo de políticas não é fácil e em Portugal não foi exceção tendo sido um processo lento, feito de avanços e recuos (Fernandes & Ribeiro, 2002). A implementação da Estratégia Nacional contra a Droga em 1999 veio a mostrar-se crucial para a RRMD, pois dá-se a conquista do estatuto de política de saúde pública. Como mencionado anteriormente, a implementação da RRMD em Portugal foi tardia, em comparação com outros países, devido sobretudo aos efeitos da SIDA que não se faziam sentir da mesma

forma que nos outros países da Europa (Morales et al., 1998 cit in Barbosa 2009), pelo que a redução de danos não foi uma prioridade na nossa política nacional das drogas.

De acordo com Barbosa (2009) a RRMD em Portugal pode ser dividida em três fases distintas. A primeira fase de 1977 a 1992, denominada fase clandestina; a segunda, de 1993 a 1998, a fase experimental; e a terceira, de 1999 a 2005, a fase de legitimação política. A primeira fase caracteriza-se pelo pioneirismo e pela fragmentação. No final dos anos 70 são implementados no país programas de substituição opiácea, isto é, programas de manutenção de metadona. A primeira experiência de um *drop in* terá sido em 1985, contudo não existem registos sobre a mesma, dada a política proibicionista que vigorava em Portugal. No final dos anos 80 as ações são centradas no combate ao VIH-SIDA, procedendo-se a rastreios de doenças infecciosas. A segunda fase é conhecida pela sua contribuição para a consagração da RRMD, verificando-se um aumento da preocupação social em torno da gestão dos riscos sociais. São dinamizados projetos como STOP-SIDA, que potenciaram a propagação de intervenções como o rastreio anónimo e confidencial das doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas. Neste período desenvolveram-se algumas iniciativas cujo mérito é ainda conhecido, como é o caso do “Programa Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão” (Barbosa, 2009). De acordo com o estudo realizado por Félix (2002) durante os oito anos de existência do programa estima-se terem sido evitadas mais de 7 000 novas infeções por VIH, por cada 10 000 utilizadores via endovenosa. Trazendo também vantagens económicas para o nosso país que poderá ter sido superior a 400 milhões de euros economizados nos recursos financeiros direcionados para o tratamento dos doentes infetados.

Como primeira ação de redução de danos temos a intervenção no bairro do Casal Ventoso em Lisboa. Esta intervenção promoveu a reflexão e discussão sobre a implementação das políticas de redução de danos em Portugal. Segue-se o projeto “Contrato de Cidade” no Porto que pretendia dar resposta ao sentimento de insegurança percecionado pela sociedade e aproximar os indivíduos excluídos a uma condição de cidadania.

Ainda nos anos 90 desenvolveram-se, a título experimental, programas de redução de riscos em locais de trabalho sexual e bairros de tráfico e consumo. No final dos anos 90, o aumento da SIDA e dos sentimentos de insegurança levaram a que o Estado e a sociedade civil promovessem um debate público sobre a problemática do enquadramento legal do consumo de drogas ilícitas, permitindo uma análise da perspetiva proibicionista

e de outras práticas dos países europeus. Nesta fase “imperou a proposta de descriminalização do consumo privado e a reflexão em torno de uma política pública experimental de redução de danos de natureza preferencialmente social e de saúde pública.” (Barbosa, 2009, p.37). Na terceira e última fase há uma legitimação política, com a publicação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (lei nº46/99) que permite o avanço de uma política de RD, pautada pelos valores do pragmatismo e humanismo. Nesta fase há uma preocupação com os direitos dos UD's e com a dignidade humana, procurando-se minimizar a exclusão social, a marginalidade e o risco de disseminação de doenças infecciosas. Após a contestação por parte das esferas mais conservadoras da sociedade, o projeto do diploma sobre a redução de danos foi aprovado, assumindo-se pela “primeira vez uma política de redução de danos integrada, completa e globalmente acessível a todos os utilizadores de drogas ilícitas” (Barbosa, 2009, p.38) pondo-se fim ao caráter clandestino dos Programas e estruturas sócio sanitárias. Há a remoção de controlos penais e sanções criminais em relação a uma atividade que continua, no entanto, a ser proibida e sujeita a regulações e sanções não penais. A RR passou a ser consagrada como política oficial em 2001, em simultâneo com a descriminalização da posse e do consumo de drogas (Dec. Lei 30/2000). Porém, apenas foram regulamentados os pontos de contato e informação e as equipas de rua, mantendo-se de fora os programas de consumo assético no interior das prisões e estruturas como as salas de consumo assistido.

De um modo geral, as SCA fornecem aos consumidores equipamento de injeção esterilizado, aconselhamento antes, durante e após o consumo, serviços de emergência em caso de overdose, bem como cuidados de saúde primários e encaminhamento para serviços adequados de assistência social ou de tratamento da dependência.

Embora a política de RD tenha começado a obter maior aceitação e a expandir-se na Europa na década de 1990, uma das respostas mais polémicas foi a disponibilização de espaços onde estes podiam fazer consumos com supervisão. As SCA são unidades de saúde supervisionadas por profissionais, onde os utilizadores de SPA's podem consumir em circunstâncias mais seguras. Procura-se atrair populações difíceis de contactar, em especial grupos à margem e pessoas que consomem drogas na rua ou em outros contextos de risco, sem higiene, sem iluminação, entre outros. Existindo preocupação relativamente à possibilidade de tais locais poderem levar ao incentivo do consumo de drogas, atrasar a entrada no processo de tratamento ou agravar os problemas dos mercados de droga locais, tendo havido, em alguns casos, intervenções políticas para parar as iniciativas de criação

de salas de consumo (Jauffret-Roustide et al., 2013). No entanto, o debate sobre a abertura de novas salas continua a ser uma prioridade política em vários países europeus.

Um dos principais objetivos destas salas é criar um ambiente seguro que possibilite um consumo mais higiénico e onde se instrua os utentes sobre práticas de consumo mais “adequadas”. A utilização de instalações de consumo também está associada a uma maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicodependência, incluindo o tratamento de substituição opiácea. Veja-se por exemplo, um estudo canadiano comprovou que a frequência da instalação de Vancouver estava associada a maiores taxas de encaminhamento para centros de tratamento da toxicodependência e a maiores taxas de aderência aos tratamentos de desintoxicação e de manutenção com metadona (DeBeck et al., 2011).

Em suma, e de acordo com o Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência a disponibilização de instalações de consumo assistido proporciona vários benefícios para os consumidores: a melhoria da segurança e higiene do consumo de droga, especialmente para os que as frequentam com regularidade; um maior acesso aos serviços de saúde e sociais e a redução do consumo de SPA's em público, bem como das perturbações associadas a este consumo. Nada indica que a disponibilidade de instalações de consumo mais seguro de droga injetada aumente o consumo de droga ou a frequência com que é injetada. Estes serviços promovem o tratamento, e não o seu evitamento, e não fazem aumentar as taxas de criminalidade relacionada com a droga a nível local (OEDT, 2016).

No caso de Portugal, contamos com uma unidade móvel onde é possível consumir de forma digna e segura na cidade de Lisboa, a funcionar desde abril do presente ano. Ainda que a cannabis seja a droga mais consumida a nível europeu, a heroína, é uma preocupação, pois tem a taxa mais alta de óbitos por overdose, assim como uma elevada taxa de dependência e um grande impacto negativo na saúde dos consumidores. As SCA¹ proporcionam “condições às pessoas para que, enquanto não conseguem parar, utilizem as drogas com dignidade e com menos risco”, afirma o presidente do SICAD, Goulão. Estas salas permitem que os dependentes de SPA's ponham em prática a sua cidadania com o auxílio e acompanhamento dos técnicos, atuando contra a “desigualdade e a desumanização sentidas pelos dependentes de drogas de rua, apoiando a defesa dos direitos humanos e a satisfação das necessidades básicas. Atuam nas respostas orientadas

¹ Notícia consultada em <https://www.publico.pt/multimedia/interactivo/salas-de-consumo>

para as necessidades sociais, enquanto respostas prioritárias em relação ao tratamento da dependência psicoativa.” (Barbosa, 2011, p.80). Contudo, agora é possível, tal como afirmou o vereador da Câmara Municipal de Lisboa, Ricardo Robles “Com estes equipamentos, não haverá mais mortes por overdose. É esta a realidade que aprendemos com a experiência de outros países, portanto estas mortes deixam de existir e essa já é, só por si, uma grande vantagem destes equipamentos.” No Porto, a Câmara Municipal irá apoiar a criação de uma unidade móvel de consumo assistido como resposta de Saúde pública. Após os primeiros passos correspondentes à descriminalização do consumo, as práticas das SCA não foram imediatamente concretizadas, contudo já se encontra numa fase inicial e possivelmente retirará vantagens deste tipo de intervenção, cujo, o objetivo principal é a melhoria da saúde e bem-estar dos consumidores de SPA’s.

Em suma, quando falamos sobre droga “estamos perante um fenómeno muito difícil, multifatorial e complexo” (Fernandes & Ribeiro, 2002, p.57). Visto que a intervenção em RRMD pretende a melhoria da qualidade de vida dos UD’s, é essencial reduzir os riscos decorrentes do consumo de drogas, nomeadamente, ao nível das situações e locais em que o consumo ocorre. Pretende-se diminuir os entraves que possam surgir no acesso a serviços sócio sanitários e ajudar os consumidores neste acesso, apoiando medidas que evitem a marginalização social e sanitária de pessoas dependentes de SPA’s; no geral, minimizar os danos do consumo abusivo de drogas. As principais características de um programa de redução de riscos são o fácil acesso para os UD’s (daí a criação de unidades de apoio móveis) e a operacionalização de estratégias que contribuam para a melhoria das suas condições de vida (Fernandes & Ribeiro, 2002). Podemos considerar que o espírito destes programas está contido na seguinte afirmação: “a redução de riscos adota pequenos passos para reduzir, até mesmo a um pequeno grau, o dano causado pelo uso de drogas (...) Uma vantagem maior se ele parar de partilhar a seringa. Uma ainda maior se ele iniciar um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior se ele passar para uma via de consumo oral ou fumada. Um grande avanço se começar a utilizar preservativo e se envolver em práticas de sexo seguro. Um maior avanço se ele retirar proveito dos serviços de saúde disponíveis para consumidores. Uma vitória maravilhosa se ele deixar as drogas” (Parry, 1989; p.3, citado por Marlatt, 1998).

Como assinala Agra (1998, p. 259, in Cruz, 2005, p.68), a RRMD no geral, e em particular em Portugal, significa “uma profunda mudança de estratégia: da estratégia megalómana da eliminação ou erradicação do fenómeno da droga passou-se a uma

estratégia mais modesta, pragmática e realista (...). Dito de outro modo, abandonou-se o ideal de uma sociedade sem drogas”. Mesmo que grande parte dos UD’s não deixem de consumir, nem de usar as suas estratégias para obter dinheiro para os consumos, a redução do consumo e as modificações que no momento conseguem, já é RRMD. Nesta perspetiva, não existem ideais, mas sim soluções práticas e reais.

3. Pressupostos/ princípios fundamentais da RRMD

O objetivo principal de um técnico RRMD, é através do contato direto com os seus utentes, dominar o fenómeno droga. Deve haver proximidade ao contexto e ao indivíduo que consome, deve existir apoio psicossocial prestado por toda a equipa multidisciplinar, com definição de estratégias para a resolução dos problemas dos UD’s, dando sempre prioridade à satisfação das suas necessidades mais elementares e fornecer uma ponte entre os consumidores e os serviços mais formais da sociedade. Assim, uma equipa de rua consegue estabelecer uma relação empática e satisfazer necessidades biopsicossociais.

De acordo com Pauly (2008), são destacados pelo *The Canadian on Substance Abuse Working Group* (1996): cinco princípios e valores fundamentais que devem guiar a RRMD: (1) O pragmatismo que reconhece que várias coisas na vida trazem riscos – o valor subjacente expresso neste princípio é que a eliminação do uso de drogas não é obrigatoriamente atingível ou até desejável; (2) O humanismo que preza os valores de respeito, valor e dignidade de todos os seres humanos, incluindo aqueles que usam drogas, recusando-se julgamentos morais, e pondo o foco na redução das consequências negativas do uso de substâncias para os utilizadores, comunidades e sociedades; (3) A utilização de uma abordagem compreensiva, por oposição a uma única forma de intervenção sobre o uso de drogas; (4) A tentativa de equilibrar as vantagens e as desvantagens para as pessoas e para a sociedade inspirada em valores que procuram contrabalançar a tensão entre o bem individual e o bem comum (as SCA, por exemplo, mencionado anteriormente representam uma possibilidade de equilíbrio dessas tensões); por último, (5) o enfoque nos objetivos imediatos, identificados por aqueles/as que usam substâncias na tentativa de incluir aqueles/as que são excluídos/as no desenvolvimento de políticas e programas.

3.1. Humanismo e pragmatismo

Partindo do princípio que o consumo de SPA's esteve e sempre estará presente em todas as sociedades, assumindo várias finalidades sociais. O consumo é uma condição inerente à existência humana, a RRMD vem promover uma abordagem adicional às respostas tradicionais de tratamento ou imposição de abstinência procurando substituir um consumo problemático e nefasto por um consumo sem riscos associados (Cruz, 2005). Assim sendo, podemos assumir que esta intervenção assenta essencialmente em dois pilares fundamentais: humanismo e pragmatismo. Existindo a defesa dos direitos dos UD's, essencialmente relativos à alimentação, vestuário, alojamento, assistência médica e também acesso aos serviços sociais (Carapinha, 2009). A pirâmide de Maslow, permite-nos observar que, não estando os níveis básicos satisfeitos será impossível alcançar níveis superiores de bem-estar. Portanto é muito importante ligar os UD's aos serviços de saúde ou outros serviços necessários. O Humanismo em que assenta a RRMD, comporta a ideia de que todos os Homens nascem livres e iguais. Assim sendo, defende-se uma intervenção que não coloque ninguém de parte, isto é, imparcial, sem julgamentos e respeitadora para com todos os indivíduos. "A política de RD tem o imenso valor de não desviar o olhar da realidade, abraçando e acolhendo com todas as suas forças o princípio do pragmatismo." (Cruz, 2005; p.70)

Então, a função da RRMD é criar intervenções que minimizem os efeitos do consumo, bem como a exclusão social, e em simultâneo contribuam para a não propagação de doenças infectocontagiosas (Carapinha, 2009). Não existe a imposição da abstinência e auxilia-se na adoção de comportamentos de redução de riscos beneficiando quer os UD's quer a sociedade em geral. Tal como Marlatt (1999) afirmou, "*Shit happens*", realçando que é essencial ultrapassar julgamentos morais sobre o que pode ser ou não um comportamento normativo e chegar a intervenções que minimizem os danos e reduzam os riscos.

Os dois princípios de atuação: o pragmatismo e o humanismo são alternativos aos modelos moral, criminal e de doença. Sendo que tanto o humanismo como o pragmatismo focam-se na defesa dos direitos humanos (Carapinha, 2009; Cruz & Machado, 2013; Fernandes & Ribeiro, 2002; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Mata & Fernandes, 2016). Nesta linha de pensamento, o modelo sociocultural realça o contexto e tem em consideração o significado que os sujeitos atribuem às substâncias estando também dependente do modo como cada sociedade define essas substâncias. Este modelo surge

como alternativa aos anteriores. (Cruz, 2005; Escohotado, 1999; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998). Inserindo-se na redução de riscos, onde existe a “opção por uma atitude pragmática, que aceita o fenómeno e o procura de forma amoral” (Cruz, 2005; p.67).

“Eis um doente que exige outro tipo de assistência - e enquanto ninguém sabe bem qual é, por que não se sabe que doença é, a quem tem trocam-se-lhe as seringas, dá-se-lhe um canto para chutar, substitui-se-lhe uma droga por outra, substitui-se-lhe uma droga pela mesma, mas tomada noutra sítio e noutra dosagem e mais limpa (...) vai-se ter com ele, já que ele não vem ter connosco, despe-se a bata e anda-se de carrinha por becos e subúrbios, rastreia-se e encaminha-se, recomenda-se à polícia que não reprima e seja de proximidade. É tudo isto a redução de danos” (Fernandes & Ribeiro, 2002, p.62).

3.2. Advocacy/Apoio à pessoa

A proximidade e a confiança que os/as utentes vão construindo com a equipa de rua possibilita que estes/as se aproximem também das estruturas de saúde e de um conjunto de serviços dos quais geralmente se mantêm afastados/as (Mata & Fernandes, 2016). Esta é umas das principais razões de ser das equipas de rua. Por isso, é fundamental a ligação destas a outras estruturas locais (Mata & Fernandes, 2016). A equipa de rua pode (e deve) servir de ponte entre os organismos institucionais e os/as consumidores/as de drogas, agilizando o seu contato e acompanhamento (Pinto & Peixoto, 2003; Mata & Fernandes, 2016). No trabalho de *advocacy* é dada especial atenção “aos utilizadores de drogas ilícitas que passaram períodos prolongados em situações de exclusão e opressão, vendo-se impossibilitados de exercer e reivindicar os seus direitos mais elementares, estes profissionais promovem práticas anti discriminatórias para alcançar a equidade de tratamento e igualdade de oportunidades no acesso aos serviços sociais.” (Pinto & Peixoto, 2003; p. 77). Tal como afirmou Barbosa (2010), *advocacy* é uma intervenção que visa defender os direitos individuais dos utentes, junto dos organismos que lhes oferecem serviços sócio sanitários.

3.3. Outreach

O trabalho de *outreach* consiste na saída do gabinete para a rua, constituindo-se como uma metodologia de intervenção muito utilizada em RRMD, centrada na pessoa e na comunidade a que se destina, que disponibiliza serviços sociais e de saúde a UD's com consumos nocivos, no seu espaço ou território habituais (Korf et al., 1999). Permite uma

maior aproximação à realidade, ao contexto natural, às dinâmicas e rotinas, aos consumidores e aos seus estilos de vida. O técnico pode ser um psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro ou uma pessoa que tenha experiência de vida nesta temática, nomeadamente um educador de pares.

Uma equipa de RRMD integra vários técnicos e estes formam uma equipa multidisciplinar, com vários contributos das suas áreas de saber e diferentes perspetivas sobre a mesma problemática. O que é comum aos diferentes técnicos é objetivo de estabelecerem uma relação de confiança com os utentes para juntos, numa base de horizontalidade, chegar a mudanças de comportamentos. Todos tentam levar a cabo um trabalho de proximidade que permita um maior acesso aos diferentes consumidores e a realização de práticas interventivas mais realistas e adequadas (Peixoto & Pinto, 2003).

O objetivo de uma intervenção de *outreach* é o de alcançar contextos e dinâmicas em que seja possibilitado aos UD's o exercício da cidadania plena, já que, por diversas razões (estigma, marginalização, falta de recursos, acesso limitado à saúde e serviços sociais, entre outros) esse exercício está-lhes normalmente vedado (Korf et al., 1999).

3.4. Educação para a Saúde

De acordo com o Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos (2009), deve-se focar o interesse do indivíduo consumidor de drogas (habitualmente centrado nas substâncias e no seu uso) na noção de saúde. O objetivo é que o consumidor se preocupe e tenha noção da importância do cuidado com a sua saúde, mesmo continuando a consumir drogas. Muitos problemas de saúde crónicos e agudos estão relacionados com consumo de drogas ilícitas, seja pelas propriedades das substâncias, pelas vias de administração, pela vulnerabilidade individual ou pelas condições em que as drogas são consumidas. Os utilizadores de SPA's devem beneficiar de igualdade na acessibilidade aos cuidados de Saúde disponibilizados à população geral, e os técnicos de redução de riscos têm um papel muito importante (SICAD, 2016). São muitas das vezes os utentes que desvalorizam e falham nas idas aos serviços de saúde, devido a fatores internos e externos. Assim, relativamente ao acesso aos serviços, o objetivo dos técnicos é promover e facilitar a aproximação dos utentes aos serviços a que têm direito, fornecendo informação sobre as várias opções existentes (SICAD, 2016). Por outro lado, devem-se considerar as crenças e os valores que afetam as práticas de saúde desta população. Deste modo, o papel dos profissionais de RRMD deve também focar-se

na desconstrução de crenças negativas relativamente à prestação de cuidados de Saúde e às instituições, salientando sempre a necessidade desses cuidados para o bem-estar dos utentes.

De acordo com Dewson, Davis e Casebourne (2006) uma equipa de proximidade alcança dimensões de observação, relação e conhecimento do fenómeno dos UD's habitualmente não atingíveis pelas intervenções tradicionais, o que promove a possibilidade de uma educação para a Saúde mais adequada.

3.5. Educação de pares

O trabalho de pares, é um trabalho de rua feito por indivíduos que têm a “categoria” de par dentro da população alvo. O educador de pares pode facilitar o acesso a populações mais ocultas e levar a equipa até elas. (Cruz, 2011) Este, à partida, terá um maior conhecimento e sensibilidade devido à sua experiência de vida neste fenómeno. O facto de este já ter passado pelas mesmas experiências e contextos de consumo permite-lhe mais facilmente motivar para a mudança. Através de um trabalho horizontal e interativo os consumidores são vistos como responsáveis pelos seus comportamentos e pela mudança dos mesmos (Fernandes, 2009). Neste sentido, a eficácia do trabalho de pares assenta na troca de conhecimentos, práticas e instrumentos, numa apropriação simbólica dos recursos, que permite que a população sob intervenção seja protagonista e responsável pelos seus próprios processos de mudança (Cavalcanti, 1996).

O papel do educador de pares mostra-se crucial para persuadir os UD's a adotar cuidados consigo mesmos, procurando sempre um equilíbrio entre o apoio e o respeito pela sua autonomia e liberdade de escolha, naquele momento da sua vida.

Parte II – Estudo Empírico

1. Pertinência do estudo e Objetivos

Esta investigação pretendeu-se ouvir as experiências das pessoas que consomem ou já consumiram SPA's, relativamente à RRMD, na tentativa de explorar e analisar o fenómeno através da “forma vivida pelos atores sociais” (Magnani, 2002, p.19). Não esquecemos, portanto, que é impossível suprimir a subjetividade do/a próprio/a investigador/a neste processo.

Como principais objetivos da investigação, considerámos: conhecer o percurso dos indivíduos no consumo de SPA's, nomeadamente no que diz respeito à idade, substância(s) usadas, via de administração, os contextos dos primeiros consumos, e como eles percecionam os motivos que os levaram a consumir. Como segundo objetivo, pretendemos compreender o que os indivíduos conheciam da RRMD, as suas opiniões sobre o funcionamento, o que alterariam, como se sentiam em contato, aspetos positivos da toma de cloridrato de metadona e diferenças percecionadas nos seus consumos e nas práticas associadas aos mesmos. Além disso, foram exploradas diferenças na forma como a sociedade os olhava antes e após redução de riscos, concluindo com uma reflexão sobre os avanços e recuos ao longo dos percursos, tendo sempre em foco o impacto da RRMD. Na análise de todos estes tópicos, tivemos sempre em conta os três grupos que escolhemos estudar para tentar perceber a existência de diferenças nas percepções e significados exprimidos, devidas à idade.

2. Método

A metodologia qualitativa mostrou-se a mais adequada desde logo, já que, por se tratar de experiências de carácter sensível para quem as vivencia, esta possibilita uma exploração mais profunda, mais cuidadosa, das percepções e significados contruídos (Braun & Clarke, 2013). Neste tipo de metodologia, as pessoas não são um número ou uma variável, mas sim, uma história. Nunca esquecendo que existem múltiplas histórias de vida, experiências e vivências e por esse motivo a investigação qualitativa permite averiguar e explorar toda a diversidade existente nos discursos dos indivíduos.

2.1. Participantes

Os participantes do presente estudo foram pessoas que se encontravam a frequentar o Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE)². O único critério de inclusão foi que estes sujeitos frequentassem o PSOBLE há pelo menos 6 meses e possuísssem idades compreendidas dos 30 até aos 60 anos, isto para posteriormente fazer uma divisão em três grupos e estabelecer comparações entre os mesmos. Posto isto decidimos, codificar o grupo (30-40 anos) com a letra A, o grupo (40-50 anos) com a letra B e o grupo (50-60 anos) com a letra C.

a) Grupo A (ver Anexo 3) Os participantes deste grupo são os mais jovens da amostra com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, podem encontrar-se a consumir SPA's ou não, dependendo do seu grau de estruturação ou da sua vontade própria. Um destes participantes (E4MA) não se encontra a consumir atualmente. Três dizem consumir esporadicamente e dois continuam a consumir, apesar de garantirem uma redução nos consumos. Este grupo foi o mais difícil de concluir pois não existiam mais elementos do sexo feminino dentro dos 30-40 anos a frequentar o programa na altura em que se realizaram as entrevistas, estes dados vão ao encontro da literatura existente, “para todas as drogas, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino” (OEDT, 2019; p.43). A mesma entidade refere que frequência no sexo masculino é de (57,8 milhões) e no feminino (38,3 milhões) (OEDT,2019).

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e todos estavam a usufruir do RSI à exceção de dois.

b) Grupo B (ver Anexo 3) Foram recrutados sete participantes, sendo três do sexo feminino e quatro do masculino. Todos de nacionalidade portuguesa a exceção de uma que era proveniente de Espanha e estava impedida de entrar no seu país de origem e por esse motivo encontrava-se em Portugal. Estes indivíduos têm idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos. E todos usufruíam do RSI à exceção de um participante.

² “Estes Programas destinam-se a promover a redução do consumo de heroína por via da sua substituição por metadona, a ser dispensada através de programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata da abstinência e em instalações adequadas para o efeito, fomentando o aumento e regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa socio sanitária, podendo concorrer, nomeadamente, para futura abstinência. A administração de metadona é presencial e feita por um técnico de saúde, na dose e periodicidade fixada por prescrição médica, sendo que o horário de funcionamento deve ser adaptado população alvo e previamente fixado”.

(Consultado em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDM/Mais/SitePages/Programas.aspx>)

c) Grupo C (ver Anexo 3). Foram entrevistados seis participantes, três do sexo masculino e três do sexo feminino. Este grupo é o mais velho da amostra com idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos. Todos de nacionalidade portuguesa, com uma participante que se encontrava reformada e os restantes usufruíam do RSI. Esta amostra tal como as anteriores tratou-se de uma seleção por conveniência tendo em conta a proximidade geográfica destes sujeitos e a maior facilidade em chegar até eles.

A opção por este processo de seleção dos entrevistados é sustentada pela sua adequabilidade à investigação, que apresenta um carácter qualitativo pois procura narrativas de indivíduos com características pré-determinadas. Deste modo, o universo de estudo por conveniência proporciona uma maior qualidade e aprofundamento da informação (Sampieri et al., 2006).

O recrutamento dos participantes cessou por saturação teórica, isto é, quando os dados retirados começaram a apresentar, na visão da investigadora/o, uma certa redundância, parecendo não poder contribuir mais significativamente para completar a reflexão teórica fundamentada (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Acrescenta-se ainda a problemática relacionada com o limite máximo de entrevistas que um/a investigador/a consegue interpretar e analisar, garantindo que a análise não é feita de forma superficial (Gaskell, 2002). Acresce a isto o tempo disponível para a concluir o trabalho académico.

2.2. Técnicas de Recolha de dados

A entrevista semiestruturada foi a escolhida, existindo um guião orientador preparado previamente pela/o investigador/a e que, no momento da entrevista, não foi seguido de forma rígida, dando espaço ao participante para se pronunciar sobre tópicos não planeados. Este método pressupõe a flexibilidade e a responsividade como características predominantes ao longo da entrevista, podendo alterar-se a forma das questões de acordo com o interesse do/a entrevistado/a (Braun & Clarke, 2013).

Foi então previamente elaborado um guião de entrevista (ver Anexo 2), contendo os tópicos principais que se pretendiam estudar. O guião foi reformulado após a primeira entrevista realizada, para melhor alcançar os objetivos do estudo. As entrevistas realizaram-se maioritariamente na unidade móvel onde decorria o PSOBLE, e onde se deslocavam os UD's diariamente ou então em contexto de gabinete nas instalações da instituição. Ocorriam normalmente sem agendamento prévio, com uma duração média de 30 minutos e foram gravadas em formato áudio, com o prévio consentimento informado

das pessoas entrevistadas (ver Anexo 1).

2.3.Técnica de Análise de dados

Importa salientar que após a realização das transcrições das entrevistas, procedeu-se a uma leitura exaustiva das mesmas.

Através do NVivo 12 Plus ®, cada critério de análise foi traduzido numa categoria e definido operacionalmente, guiando a análise de cada entrevista. Depois de codificados os dados e a criação das categorias e subcategorias (ver Anexo 5) realizou-se a apresentação e interpretação dos resultados obtidos, articulando as narrativas dos entrevistados/as com a literatura. Na apresentação dos resultados foram utilizados números para fazer menção aos sujeitos, sem nunca descurar o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, não permitindo de forma alguma a sua identificação. Deste modo, elaboramos códigos de identificação das entrevistas realizadas. O código inicia-se com E- identifica o entrevistado, de seguida o número da entrevista (atribuído aleatoriamente), posteriormente temos o sexo dos sujeitos (F-feminino ou M-masculino) e por último, o grupo a que cada um pertence consoante a idade, A (30-40 anos); B (40-50 anos) e C (50-60 anos).

Inspiramo-nos nas três fases de análise de conteúdo referidas por Bardin (2010), foi realizada uma pré-análise, em seguida uma exploração do material e culminou no tratamento, inferência e interpretação dos resultados.

Por fim, importa referir que a interpretação sofre condicionalismos de quem a faz, pois quem realiza a análise de conteúdo tem à sua disposição os resultados retirados e posteriormente pode colocar inferências e interpretações relacionadas com os objetivos esperados, ou então relativas a descobertas não previstas (Bardin, 2010).

3. Apresentação e discussão de resultados

3.1. Consumo

Nesta categoria estão contidas todas as informações referentes ao consumo de SPA's e importa evidenciar que os padrões de iniciação no consumo são diferentes nos três grupos de análise (ver Anexo 4). A principal diferença observada entre os grupos é a via

de administração, sendo que no grupo (50-60 anos) a via inicial foi endovenosa, provavelmente devido à época em que experimentaram, finais dos anos 70, anos 80.

Este grupo também aborda muito a questão da pureza da droga, dizendo que atualmente não é droga e que as SPA's são "traçadas". Ao longo da análise também denotamos que os sujeitos deste grupo são os que mostram menos arrependimento em consumir, havendo mesmo uma entrevistada (consumidora há 30 anos) que afirma "*O bem que me sabe supera o mal que me faz*" (E14FC). Outros dos mais velhos afirmam que antigamente as drogas eram todas injetadas e "*antigamente era uma loucura*" (E17FC). Podemos corroborar estes resultados com um trabalho realizado por Costa (2001) onde se verifica que depois do 25 de Abril, com a presidência de Marcelo Caetano manifestava-se no nosso país um padrão repressivo para os UD's "com "medidas de tratamento" obrigatórias a toxicodependentes que recusassem tratar-se" (p.5). Nesta altura, vigorava uma atitude de intolerância com possibilidade de tratamento compulsivo "se não te tratas, tratamos nós de ti" (p.6). O consumidor era visto como delinquente e perigoso "*Fui muitas vezes para a polícia. A gente não podia andar na rua à noite, havia muita polícia. Não é como agora. Quando viam alguém a consumir vinham logo com a pistola*" (E17FC).

Ademais, nos anos 80 deu-se uma crescente atenção ao toxicodependente, devido ao aumento da criminalidade nas zonas problemáticas da cidade (Fernandes, 2011).

As drogas começaram a ter grande facilidade de acesso, dando-se uma explosão da disponibilidade da heroína (Ferreiros, 2011).

Relativamente ao grupo (30-40 anos) a maioria dos entrevistados experimentaram com amigos e por curiosidade, numa vertente mais de sociabilizar, com o grupo de pares. O grupo (40-50 anos) a experimentação acontece em contexto laboral, com colegas de trabalho, alguns sozinhos ou com o/a companheiro/a.

3.1.1. Impacto das drogas nas suas vidas

Relativamente ao impacto das SPA's nas várias esferas da vida dos inquiridos os resultados mostram que o modo como os indivíduos percecionam as alterações após iniciarem os seus consumos é consensual nos três grupos de análise ($n= 18$). Existindo apenas um entrevistado do grupo (30-40 anos) que garante que os consumos não alteraram nada na sua vida, afirmando mesmo "*A mim não me alterou nada. A vida que eu fiz foi sempre a mesma... Eu sempre vi a minha mãe a consumir*" (E4MA). Esta situação coaduna-se com alguns resultados apresentados na literatura pois a nível de

fatores de risco, a literatura evidencia que a dependência de drogas ilícitas dos progenitores e as recaídas frequentes levam a um risco acrescido. “Quando os pais são modelos de toxicodependência, os filhos sofrem mais este impacto e aumenta a probabilidade de transferência intergeracional, ou seja, de os filhos apresentarem a problemática dos pais” (Muchata & Martins (2010); p.51).

Os restantes (n=18) revelam que tanto o nível económico, social como de saúde registaram alterações: “*Tudo. A escola, o trabalho, as rotinas, a própria evolução na vida... Tudo. Para mim foi mesmo tudo*” (E5); havendo uma participante que para consumir, enveredou pelo trabalho sexual: “*Tudo. Comecei a prostituir-me porque não tinha dinheiro para consumir. Depois foi uma bola de neve. Porque não me conseguia prostituir sem estar drogada e vai sempre piorando*” (E6FA). Fazendo parte dos casos de quem não quis enveredar por outras formas de obtenção de dinheiro, como roubo, tráfico, ou a mendicidade. Findo o problema da toxicodependência, ficará resolvido o problema da prostituição (Oliveira, 2004).

O isolamento resultante dos consumos é referido por um inquirido: “*A heroína e cocaína levam eu a isolar-me. Para já porque não é tão aceite socialmente e depois porque era o efeito que dava, para eu me isolar e não socializar*” (E2MA).

Outra entrevistada destaca o impacto a nível económico: “*Aí a nível económico é uma desgraça. Cheguei a um ponto que primeiro tinha que consumir e depois é que comia e depois é que ia trabalhar, era assim um círculo um bocado complicado*” (E7FB). Tal como Fernandes (2011) afirmou: “A dependência inverte as prioridades fisiológicas: a ressaca toma o primeiro lugar e a fome só vem a seguir” (p.27).

De todos os discursos analisados, os do grupo (50-60 anos) mostram-se mais “emotivos” e descritivos daquilo que alterou nas suas vidas. Focando-se bastante no afastamento das redes de suporte, nomeadamente a perda familiar e de amigos: “*É uma razão, tudo. O afastamento da família, o não ter capacidade de trabalhar, pensamos que sim mas é um engano. Não há qualquer tipo de controle, não é possível controlar horários, o ambiente familiar, porque um dia estamos a ressacar e tornamo-nos mais agressivos, a família apercebe-se. Os amigos afastam-se. Não estamos bem, vamos a qualquer lado a cabeça está nas drogas*” (E14FC) – mostrando que o pensamento está sempre à volta dos consumos: “à sensação de incapacidade de controlar os consumos (o limitador é apenas a quantidade de dinheiro), acresce o facto de ser o primeiro a assimilar à sua auto percepção o discurso oficial da insuportabilidade do síndrome de abstinência,

da inexorabilidade da trajetória toxicodependente ou da incapacidade de sair sozinho” (Fernandes & Ribeiro, 2002, p.61; Fernandes, 1998).

O (E16MC) afirma “*As drogas só tiraram a minha família... Muita coisa, não é? A gente começa a querer droga e a fazer coisas que nunca fez na vida, está a entender? A droga vai levar ao extremo de uma pessoa, até de perder tudo se for preciso. Foi o meu caso, eu perdi o meu casamento, tudo isso... O que me fez vir à rua não foi a droga, mas foram situações... Depois de uma pessoa começar a andar na droga acabou. Já se torna um dia a dia, de vida.*” Este discurso vai ao encontro do estudo realizado por Alvarez, Gomes & Xavier (2014) os investigadores concluíram que os principais problemas referidos pelos consumidores são relacionados com o uso das SPA’s, a separação familiar devido a discussões e desentendimentos, conduzindo ao reforço do estigma associado à dependência química. Este estudo aponta “o uso de drogas como uma problemática complexa e multifacetada” (p.647).

Por último e tal como verificamos anteriormente, volta a ser reforçada a perda da rede de suporte: “*Tudo, tudo. Os próprios amigos começam a fugir, seguem outros caminhos. E nós é que escolhemos o nosso. E os melhores amigos às vezes fogem-nos porque não querem andar nestes caminhos. A minha vida praticamente foi em colégios e cadeias*” (E19MC). Acresce também a incapacidade de trabalhar e de gestão económica: “*Desfiz-me de tudo o que tinha. Não podia trabalhar. Não era como sou agora*” (E17FC).

3.1.2. Opinião/sentimento em relação aos consumos

Nesta categoria temos presente uma grande subjetividade nos discursos dos participantes. Não foi feita esta questão aos dois entrevistados (E4MA e E11MB) que já não se encontram a consumir SPA’s ilícitas.

Não pensam nada ($n=2$) característica unicamente presente no grupo (30-40 anos), a idade pode ser um fator que justifique. O (E3MA) refere a adrenalina: “*Não penso. Em tudo na minha vida, já fiz muitas asneiras e sempre soube quando ia fazer mal e acabava por fazer na mesma. Também por adrenalina, mas tenho perfeita consciência e noção daquilo que estou a fazer*”; outra entrevistada. além de não pensar em nada, menciona a estratégia utilizada para consumir: “*Nada. É assim, às vezes eu estou com aquela ideia e quero ir dar um canequinho, se tiver dinheiro tenho, se não tiver tenho que ir pedir*” (E1FA).

Gostam mas têm noção que não podem ($n=2$) constatamos um maior autocontrolo sobre as suas vidas e sobre as substâncias: Tal como Pereira (1999) afirmou o locus de controlo é uma variável psicossocial da personalidade essencial, visto que as suas características internas ou externas, vão influenciar o comportamento perante circunstâncias que possam surgir: *“Penso que é uma coisa que eu gosto mas não posso. Porque tudo à minha volta começa a desmoronar, face ao vício e à dependência. Começo a perder trabalho, a vida social, o dinheiro, começo a perder tudo”* (E2MA); aliás é referido o gosto em consumir mas as responsabilidades acabam por ter um peso maior: *“Se tivesse muito dinheiro eu gostava imenso de consumir, mas não tenho, não posso. Não consumo porque não vou abdicar de outras coisas, para comer ou de ter uma casinha para consumir”* (E17FC). Tomemos como exemplo um estudo realizado por Ersche e colaboradores (2012) sobre crenças de locus de controlo em toxicodependentes. Os autores formaram dois grupos, um de dependentes presentes num programa de tratamento de drogas e o outro grupo não tinha história de dependências. Concluíram que os dependentes em programa de tratamento de drogas tinham um locus de controlo interno superior ao outro grupo, ou seja, a extensão de controlo que a pessoa detém sobre situações relacionadas com a SPA, depende fundamentalmente das experiências pessoais. Este resultado está em consonância com o que Fernandes e Ribeiro (2002) declaram, isto é, noutras figuras das drogas, que não um *junkie*, o controlo interno existe e consegue-se gerir os consumos. Convém salientar que os mesmos autores referem a importância da RRMD quando a gestão dos consumos deixa de ser internalizada.

Errados e que não fazem sentido ($n=4$) é referido o que se pensa sobre os consumos antes mas devido ao *craving* acabam por consumir: *“É desperdício de tempo, de dinheiro e de tudo, não é? Não faz sentido, isso é o que eu penso depois de consumir. São vontades que me dão, consigo identificá-las se calhar uns dias antes mas não lhes dou importância, porque... O cérebro já me está para aquele lado. A vontade quando vem, ela já lá estava. Não é uma coisa que apareça de momento, que uma pessoa diga que foi só hoje. Uma pessoa vai tentando contrariar”* (E5MA); é ainda referido por uma participante a incapacidade de não fazer mais nada além dos consumos e expõe que sente falta de tudo: *“Não me leva a lado nenhum já viu. Eu não faço mais nada. Estou aqui com cara de triste, não é? Falta-me tudo, não me leva a lado nenhum”* (E15FC). O (E9MB) afirma que além de não ser a favor dos seus consumos, aponta a adulteração das

SPA's: *"Não concordo com nada disto. Isto já nem é droga nem é nada, uma pessoa nem sabe o que é que anda a consumir."*

Ademais a (E7FB) afirma que acaba por se tornar um ritual e que na sua ótica não faz sentido *"Aquilo sei lá, torna-se um ritual, não sei. É uma estupidez, não vale a pena."* Averiguamos que um estudo de Negreiros & Magalhães (2005) indica que os consumidores com uma carreira longa justificam o ato de consumir como um ritual.

Vontade/desejo de parar ($n=2$) é mencionada a vontade de parar apesar de continuarem a consumir, essencialmente devido: à falta de uma ocupação *"Eu quero parar. Só que olha acordo não tenho logo a metadona, se tivesse logo a metadona se calhar... Acordo tipo às 10h da manhã até às 15h, não consigo. Quero deixar. só que estou aqui sozinha e o que eu faço "olha vou me drogar"..."* (E6FA). De acordo com Fernandes (2009; p.5) *"a droga faz mal ao trabalho (absentismo do junkie, comportamentos antissociais no posto de trabalho...), mas a crise atual do trabalho também faz mal à droga (a crise do mercado laboral, o desemprego de longa duração, atingem os utilizadores de drogas e a desocupação deixa-lhes espaço para fazerem das economias paralelas um modo de vida e da narcose da heroína um modo de ir aguentando o passar do tempo."*

A vontade de parar também pode ser justificada pela perda da qualidade da droga: *"É que isto não presta para nada. Isto não é droga, é uma falsidade, quando eu comecei ela tinha qualidade, mas agora parece que a qualidade acabou. Quero parar com isto, pela qualidade"* (E18MC). É abordado o uso de produtos de corte fazendo com que as drogas não sejam puras e sofram contaminações, aumentando assim, o risco para a saúde dos consumidores.

Pensa nos filhos ($n=1$) esta participante pensa nos filhos, pois não participou na sua educação e atualmente a (E8FB) quer estabelecer contato com os mesmos mas não consegue: *"Pienso sempre nos meus filhos. Ando com ataques de depressão, isso porque agora leva 2 meses sem falar comigo"* este resultado é concordante com o que Guimarães e Fleming (2009) referem, isto é, a utilização da heroína permite atenuar os sintomas da depressão, recordações dolorosas e sentimentos de culpa, reduzindo a dor psíquica e levando a um preenchimento da sensação de vazio.

Não considera errado e sugere alternativas ($n=1$) O (E10MB) apresenta uma perspetiva completamente contrária a todas as outras: *"Não acho errado. Devia ser melhor a qualidade das drogas, porque já não é o que era antes. Acho que devia haver*

sítios... Porque há uma grande quantidade de pessoas que consomem drogas. E pelos estudos que há é considerado uma doença, um vício. Acho que devia haver mais apoio, salas de consumo, não estou a dizer legalizado e haver em todo lado, como há a cerveja, o álcool. Poder haver um sítio, que com um cartão a pessoa pudesse ir buscar a dose e consumir. Acho que era muito mais seguro.” De acordo com Houborg e Frank (2014) temos a um nível macro, o apoio político às SCA e a um nível micro, as equipas comunitárias envolvidas em programas de trocas de seringas, adaptados aos utilizadores.

Arrependimento ($n=2$) é mencionado pelos sujeitos do grupo (40-50 anos), o arrependimento que sentem após o consumo: “*Depois de consumir arrependo-me. Antes só quero aquilo mesmo*” (E12FB); além disso é referida a falta de força de vontade “*Não devia consumir, devia ter mais força de vontade para não ir*” (E13MB).

Descrença em deixar de consumir ($n=2$) mais referido pelo grupo (50-60 anos), possivelmente devido à idade e várias tentativas falhadas, sem redes de suporte têm dificuldades para conseguir um trabalho, os consumos são vistos como um escape: “*Eu acho errado, só que eu necessito disso, não é? Isto é como um carro necessitar de gasolina para andar. Dizem ah é força de vontade, não é. Porque uma pessoa, neste caso, a idade que eu tenho, a situação é muito difícil. Porque você vai pedir trabalho, não tem onde ficar a dormir não tem onde preparar a sua higiene, porque não tem a sua alimentação certa, não tem aquele cuidado, não tem nada. Eu quando consumo é para me sentir bem, para poder esquecer alguma coisa e sentir-me bem. Porque faço coisas que no meu estado normal não faria. Embora a minha educação determine sempre a minha maneira, não é? Roubar isso não roubo*” (E16MC).

A (E14FC) expõe a dificuldade em deixar as SPA's, as várias tentativas falhadas e o facto de ser conhecida e viver na zona onde ocorrem os consumos: “*Olhe o que eu penso é que... Que é muito difícil eu deixar. Eu sou do lema que consumidor uma vez, consumidor toda a vida. Já sofri tanto... A frio, sem metadona para deixar ficar a droga e mesmo assim continuo... Depois são muitos, muitos anos... Muitas situações, sou uma pessoa aqui da área, ao passar ali e se não tiver dinheiro consumo na mesma. E então acho que é muito difícil. Nós aprendemos sim a ter ferramentas para evitar, mas não para deixar de vez...*” estes resultados estão em concordância com o que Fernandes e Ribeiro (2002) observaram, nas típicas trajetórias do estilo de vida *junkie* a adição é vista como insustentável sendo feitas tentativas sucessivas para abandonar a SPA. Ademais, o contexto social onde a UD está inserida influencia. Um estudo realizado por Roy e

colaboradores (2007) pretendiam ver a relação entre o contexto eco-social em que os UD's se encontravam inseridos e as suas crenças. Com dois grupos, um com uma "experiência total", isto é, que vivem absorvidos na vida de rua e outro com uma "experiência controlada", ou seja, mantêm contatos com a sociedade "normativa". O último grupo contrariamente ao primeiro apresentava alguma estabilidade na vida, controlava melhor os consumos e tinha cuidados com as práticas de consumo. Conclui-se portanto, que as variáveis contextuais influenciam as crenças e atitudes em relação ao consumo de SPA's. Além disso, "a vivência da cultura do bairro, promove uma alienação dos contextos sociais normativos" (Negreiros & Magalhães, 2005; p.6).

Saúde ($n=1$) por último o (E19MC) demonstra preocupação com o seu estado de saúde, que pode ser devido ao contato com o PSOBLE: *"Penso que me estou a estragar, estou a dar cabo da minha saúde, é o que eu penso"*. Tal como referiram Fernandes e Ribeiro (2002) a RR defende que é importante e necessário convencer o consumidor a gerir o seu risco pessoal.

3.1.3. Substância de eleição e as crenças associadas ao seu consumo

A maioria dos entrevistados tem uma substância de eleição e indicam vários motivos pelos quais a consomem. Mais uma vez, não foi feita esta questão aos dois entrevistados (E4MA e E11MB) pois não se encontram a consumir substâncias psicoativas ilícitas.

A substância preferida pela maioria dos indivíduos é a cocaína ($n=9$) e é muito associada a: bem estar e prazer *"sinto mais energia, a nível mental, dá-me algum prazer"* (E17FC); *"Sinto-me bem"* (E13MB); *"Calma, bem estar, sinto-me bem"* (E12FB); ao convívio *"A gente funciona, a gente faz coisas, faz trampas, faz para ter droga para fumar para poder conviver com as pessoas"* (E16MC); e à euforia *"Não é aquela euforia de há uns anos atrás mas sinto-me com mais... O meu corpo ganha mais vida, não é? Tenho mais força, sinto-me com mais vontade de fazer tudo"* (E10MB). Outros sujeitos dizem que gostam de consumir a SPA mas fazem referência aos pontos negativos, como o dinheiro que gastam e os efeitos que esta causa *"Eu gostava de fumar a branca, gostava. Mas ainda bem que não agora, porque aquilo leva mais o dinheiro, aquilo leva uma pessoa a ficar obcecada, querer estar sempre a fumar"* (E7FB); acrescentam que o dinheiro para a compra não é adquirido com um trabalho, isto é, são adotadas estratégias alternativas para comprar a SPA, *"Sinto-me bem uma fração de segundos, depois passa e um gajo pensa o que é que eu fiz ao dinheiro? Podia comer uma sopa, um bom prato,*

é assim que eu penso” (E19MC). Os indicadores sugerem que a disponibilidade da cocaína é atualmente muito elevada. Os dados disponíveis para confirmar a eficácia de serviços dirigidos a consumidores de cocaína são ainda relativamente fracos e os programas específicos estes consumidores são limitados na Europa. Contudo, esta situação está a mudar, pois alguns países começam a apresentar intervenções de RD mais especializadas (OEDT,2019).

A segunda substância mais votada é a heroína ($n=3$) esta é associada a liberdade *“Sinto uma sensação de liberdade, de conseguir fazer tudo e mais alguma coisa, tenho mais força, mais energia. E por incrível que parece também tenho uma forte capacidade de socializar, embora com o tempo uma pessoa vai ficando degradante e começa a perder essa vertente social”* (E2MA); a tranquilidade *“Não sei fico bem, fico em paz, fico tranquilo, relaxado”* (E3MA); sendo que uma participante garante que a heroína é a sua substância de eleição mas como faz a toma de CM, esta já não é necessária *“A heroína é a minha droga de eleição mas como tenho a metadona, a heroína não é necessária. Excepcionalmente, se faltar à metadona consumo heroína. Fora disso é só raras exceções”* (E14FC) verificando-se que nestes casos o CM pode ser uma forma de tratamento e de chegar à abstinência e não se pode olhar para estes consumos, nem para a substituição como uma atitude de desistência (Pinto & Peixoto, 2003). *“A metadona tem um valor terapêutico incontornável e que para alguns casos é a única via possível para uma vida melhor”* (Pinto & Peixoto (2003); p.58).

Segue-se o *speedball* ou mix de heroína e cocaína ($n=2$) também é associado a bem-estar *“Sinto que estou bem...”* (E18MC); e vontade de repetir o seu consumo *“Sinto que quero mais. Sinto me bem.”* (E8FB).

O haxixe é também a substância de eleição de outros dois entrevistados ($n=2$) este, é associado a um estado de relaxamento *“Gosto da sensação, fico bem, fico relaxado.”* (E5MA); além disso, uma inquirida não expressa vontade em cessar o consumo da SPA *“A minha droga de eleição é o haxixe. Acho que nunca vou deixar de fumar, porque eu gosto mesmo e é o meu xanax”* (E6FA).

Por último o álcool é referido por uma participante ($n=1$) e este é consumido apenas com o propósito de não surgirem os sintomas do síndrome de abstinência, não estando tão associado à sensação de prazer *“Tenho de beber álcool para ficar bem. Porque eu não ressaco muito, mas ressaco. Um bocadinho ressaco”* (E1FA).

Concluindo não é possível estabelecer grandes comparações entre os três grupos, pois as preferências são bastante variáveis. Os grupos (40-50 anos) e (50-60 anos) preferem mais a cocaína, estes resultados parecem demonstrar que os grupos com idades mais avançadas elegem a cocaína porque fazem substituição opiácea há mais tempo e portanto já não consomem ou consomem muito pouco heroína. Tal como Rodrigues (2006) afirmou a manutenção com metadona é um tratamento eficaz contra a adição da heroína. Diminuindo o consumo ilícito de opióides e mortes por overdose, reduz os consumos via endovenosa, a partilha de seringas e a transmissão de VIH.

A metadona não é uma cura para a dependência mas dá aos UD's a possibilidade de viverem de forma mais estável: *“Eu gosto mais da moca da heroína, mas como tomo metadona não sinto”* (E10MB); *“Agora é a cocaína, antigamente era a heroína”* (E17FC); *“Cocaína porque já não consumo heroína”* (E13MB).

O grupo (30-40 anos) está dividido em preferências por heroína ($n=2$) podendo ser devido ao menor tempo de frequência no PSoble e visto que a eficácia da substituição depende das particularidades e idiossincrasias de cada indivíduo, a avaliação de qualquer resultado deve sempre incluir o ponto de vista dos utentes tendo em conta as suas capacidades funcionais e bem estar (Rodrigues, 2006); e haxixe ($n=2$) que pode ser devido ao fator da idade e do meio social, pois atualmente o haxixe é uma tendência, sendo principalmente consumido pelas camadas mais jovens da população portuguesa.

3.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos

Esta é a categoria central do estudo, nela pretendemos estudar o papel que a RRMD tem na vida dos utilizadores de drogas. (ver Anexo 6). Com a presente categoria verificou-se que todos os inquiridos atribuem um significado à expressão “Redução de Riscos e Minimização de Danos”.

3.2.1 Conhecimento sobre as práticas e procedimentos de RRMD

De um modo geral os entrevistados detêm conhecimento e consciência das práticas de RRMD prestadas, ou quando não são prestadas, estes admitem que sabem que estão ao seu dispor mas eles não pretendem usufruir delas: *“Nunca precisei, sempre fui sozinho às consultas, mas se precisar tenho, eu sei. Isso ajuda bastante, se calhar até mais que a*

própria troca. Uma pessoa só vai trocar se quiser. E muitas vezes corre-se riscos à mesma, com tantas carrinhas que há mas continua-se a correr riscos. Isso é impossível de...Não é culpa da carrinha é das próprias pessoas” (E5MA).

Outros afirmam que deveriam existir mais estruturas de RRMD e abordam a importância que têm para a saúde (n=12) *“Trocar seringas é uma coisa boa, às vezes uma pessoa vai à farmácia, há muitas que não trocam, depois temos de andar à procura das farmácias que trocam... Mas agora há mais, antes havia muito poucas. De resto é bom para tudo, dos riscos que se corre. A nível de saúde, também...Levam os utentes aos postos de saúde e tudo (E19MC); sendo bastante reforçada a importância desta política “Troca dos kits, prata, acompanham as pessoas, informam... Disponibilizam material, vão comigo às consultas no médico, fazem acompanhamentos quando é para coisas mais importantes e estão sempre presentes” (E2MA).* Estes resultados vão ao encontro do que defende Rodrigues (2006) com base no Relatório Anual 2000 do IPDT, são valorizados novos objetivos como a diminuição do consumo, a alteração da via de administração, a diminuição dos comportamentos de risco, a melhoria de saúde, seja física ou psicológica e funcionamento social/laboral/familiar, a redução da criminalidade e a passagem da dependência a consumos ocasionais.

É referido também o apoio emocional prestado e a grande disponibilidade e proximidade que têm com estas estruturas: *“As trocas de seringas, preservativos...Às vezes palavras, acompanhamentos, o falar... Aqui ajudam-nos muito. A carrinha é um apoio, se não houvesse não sei o que seria de muita gente” (E10MB).* Averiguando-se que existe uma relação empática, a adoção de uma atitude de zero julgamentos, de aceitação do consumo e o respeito pelas escolhas e opções de vida dos utentes (Carapinha, 2009).

A (E17FC) comenta que para além de verificar vantagens a nível físico, isto é de saúde, também observa melhorias na exclusão social: *“Para já, há a rotina que faz as pessoas sair um bocado do gueto. O gueto não precisa de ser gueto físico, faz as pessoas conviver com outro género de pessoas... As pessoas são acessíveis para os utentes...Gosto como funcionam e para mim é a melhor maneira”* verificando-se mais uma vez que *“estas práticas são uma mais valia para a diminuição do “fosso” existente entre os consumidores de drogas e a comunidade” (Pinto & Peixoto, 2003, p. 54).*

Outros dois entrevistados referem que não podem opinar muito porque fazem a toma de CM e vão embora. São mais independentes, encontram-se a frequentar cursos de

formação, daí não abordarem tanto. Acresce ainda, o facto de nunca terem consumido via endovenosa, um deles já não consome SPA's (E4MA) e a (E8FB) consome esporadicamente via fumada então não têm de fazer a troca de kit's, a nível de acompanhamentos não necessitam pois conseguem comparecer às instituições mais formais da sociedade sem auxílio de um técnico: *“Eu faço as minhas coisas e não estou ali... Eu tomo a minha metadona e ia embora. Vou para a curso que estou a fazer. E depois vou para casa.”* (E8FB); o equilíbrio entre o apoio que o UD necessita e promoção da sua autonomia é bem visível *“Eu vou sozinho, só às vezes um sítio ou outro que não sei onde é.... Peço ajuda, sim. Quando preciso peço, mas normalmente desenrasco me bem. Eu sou capaz”* (E4MA). Verifica-se mais uma vez que o não focar apenas nas soluções institucionais e também encorajar os UD's que procuram as suas próprias soluções para resolver os seus problemas (Ruefli & Rogers, 2004).

Um outro participante que está abstinente, dá o seu exemplo, ressaltando mais uma vez a importância da substituição opiácea: *“Isso vejo. Reduzimos a droga, não é? O deixar a droga e depois chegar a um ponto de deixar também a metadona e ser um cidadão normal, sem precisar de tomar metadona, porque é droga também, só que é uma droga que aguenta mais que a heroína”*(E11MB) constatando-se que o tratamento de manutenção com CM permitiu a paragem do consumo de SPA's e a possibilidade de iniciar um processo de reorganização clínica, psíquica e social (Rodrigues, 2006).

São ainda referidas as problemáticas vividas no passado e é estabelecida uma comparação com a atualidade. Esta narrativa mostra que agora existe muita informação o que acaba por trazer mais segurança aos consumidores: *“Está bom, acho bem. No meu tempo não havia. Eu agora não sabia fazer o caldo com isto (aponta para um kit). Eu era a colher e o limão. No meu tempo era isso, não havia informação, não era uma seringa só para mim.”* (E15FC). É colocado ênfase na evolução temporal, do proibicionismo para atualmente: o proibicionismo tem sido alvo de várias críticas ao longo das últimas décadas (Cruz & Machado, 2013; Fernandes, 2009) entre elas mostrou insucesso em cumprir o objetivo de conseguir um “mundo sem drogas” e em vez de reduzir, promoveu a criminalidade, aumentou os riscos para a saúde relacionados com o uso de substâncias, especialmente em sujeitos com situações de vulnerabilidade (Fernandes, 2009).

O (E13MB) resume praticamente todos os serviços ao seu dispor, mostrando estar informado e garante que se não existisse este apoio iria ser muito negativo e danoso para esta população: *“A distribuição dos kits. As consultas médicas, também nos dão apoio*

para almoçar, lavar a roupa, tomar banho, essas coisas. Se isto um dia acabasse ia ser uma desgraça, muito mau”.

Assim, os dados apurados nesta subcategoria coadunam-se com alguns dados reportados na literatura: o mais referido pelos sujeitos é a troca de material para consumo, apesar de não utilizarem os termos técnicos referem o *outreach*, isto é, têm noção que os técnicos saem dos gabinetes para fazerem acompanhamentos e encaminhamentos. Para isso, existe a necessidade de ajustar e adaptar a intervenção, deslocando-se dos gabinetes e consultórios para os diferentes contextos de rua onde a população-alvo se encontra (Oliveira, 2009). Mencionam também a horizontalidade, apoio, aceitação e proximidade ao contexto e aos indivíduos. Pelos seus discursos observa-se que os UD's reconhecem a grande importância que estas práticas têm nas suas vidas.

Os inquiridos utilizam a palavra “bom” para definir os serviços prestados pela RRMD, garantem que é um apoio na saúde, auxilia nos cuidados básicos de higiene e alimentação e facilita no acesso aos serviços mais formais da sociedade. Não se encontram diferenças significativas entre os três grupos de análise. O conhecimento não varia em função da idade. Mostrando que a RRMD trabalha com todas as pessoas no momento em que elas estão e busca apenas mudar o que é possível e real (Cavalcanti, 1996; Ruefli e Rogers, 2004).

3.2.2 Opinião sobre o funcionamento das estruturas de RRMD e sugestões

Quando questionados sobre o funcionamento das estruturas de RRMD, todos os entrevistados garantem que o funcionamento é bom ($n=19$) e apenas alguns dão sugestões para melhorar ($n=6$).

No grupo (30-40 anos) são tecidos comentários positivos sobre o funcionamento das estruturas de RRMD: *“A meu ver acho que funciona bem. Não vejo assim alguma coisa que precisasse de ser mudada”* (E2MA); é referida a boa gestão e organização *“Funciona bem, tem organização, tem... Eu não vejo nada a apontar”* (E3MA); além disso, é mencionada a proximidade ao contexto *“O sítio não mudava, para o tipo de projeto que é, se calhar faz sentido estar ali. Não fazia sentido ser noutro lado. O objetivo do projeto é apoiar pessoas que estão com consumos e reduzir riscos, portanto acho que funciona bem.”* (E5MA); e também a proximidade ao consumidor *“Acho que fazem o que podem com o que têm. A simpatia conta mais do que ter uma cadeira e um café para beber”* (E6FA).

As conclusões que se podem retirar são que o grupo (30-40 anos) é o único que considera o funcionamento bom mas não dá sugestões, isto pode ser devido ao menor tempo de contacto (média 5 anos) e devido ao fator da idade.

Relativamente ao grupo (40-50 anos) é sugerido mais tempo para as estruturas ficarem nos locais: “*Bom. Acho que devia ser mais tempo, não só a 1h30 e se calhar em mais sítios.*” (E10MB); outro inquirido sugere a disponibilização de CM para os fins de semana: “*Funciona bem e não mudaria nada. Apenas ao fim de semana podiam dar a meta para a gente levar para casa.*” (E11MB); e é ainda referida uma mudança no horário e a qualidade do CM, que a entrevistada considera ser variável: “*É assim só mudava o horário, é muito tarde. E se calhar a metadona às vezes dá me um efeito que a gente aguenta a ressaca e outras vezes tomamo-la e não é aquele efeito que devia de ser e não aguentamos a ressaca. Do resto é tudo bom.*” (E12FB).

Os restantes sujeitos deste grupo apenas concluem que está a funcionar corretamente: garantindo que não alterariam nada “*Funciona bem, não mudaria nada*” (E7FB); pois acaba por funcionar como um facilitador “*É bom para nós. Evita muita coisa, eu ter que gastar dinheiro ou multas no metro, estou aqui na rua e só subir até aqui. Facilita me muito a vida*” (E9MB). Estes dados são suportados pela literatura pois verifica-se a presença de um trabalho de proximidade e em contexto natural confirmando-se que é uma boa prática de intervenção (Fernandes & Ribeiro, 2002).

No grupo (50-60 anos) existem igualmente três indivíduos que fazem sugestões, sendo que é proposto: os funcionários não trabalharem ao fim de semana “*Por exemplo os funcionários trabalharem sábado e domingo, porque não há um intervalo que eles possam ter...*” (E14FC); disponibilizarem alimentação “*sim, a única coisa que podiam fazer era trazer alguma coisa para as pessoas comerem*” (E16MC) e ainda darem mais apoios “*Mudava darem um apoio de casa e dinheiro para a gente comer*” (E18MC).

Os restantes entrevistados deste grupo dão respostas positivas sobre o funcionamento e não alterariam nada: “*O pensamento que tenho é que é bom, facilita muitas vezes*” (E15FC); ademais dizem que do que observam e experienciam estão satisfeitos com os serviços prestados: “*Acho ótimo. Por enquanto na mudava nada.*” (E19MC).

Concluindo, o grupo (40-50 anos) e o grupo (50-60 anos) apesar de terem tempos de contato diferentes com equipas de rua (grupo B tem uma média de contato de 7 anos e o grupo C de 8 anos) tudo isto poderá estar relacionado com a idade que têm comparativamente com o grupo A (30-40 anos), o mais jovem da investigação e com uma

média de 5 anos de contato. Averiguando-se que, os que os sujeitos com menor tempo de contato não exibem sugestões e aqueles que já têm um maior tempo de contato apresentam.

3.2.3. Como é sentido o contato com as equipas de rua

É inegável que a RRMD rejeita a atitude moralista de “não podes” “tens de ser” e convive com os UD’s prestando-lhes os cuidados essenciais (Cruz, 2005).

De acordo com o Guia de Apoio para Intervenção em RRMD (2009), as equipas de rua são um instrumento fundamental da política global de RRMD tanto para os consumidores das velhas drogas como também para outras tendências de consumo.

Nesta subcategoria os resultados estão em concordância, isto é todos os entrevistados afirmam sentir-se bem em contato com os técnicos de RRMD. Indo ao encontro do defendido por Pinto e Peixoto (2003) em que o trabalho desenvolvido pelas equipas de rua tem um impacto positivo junto das populações que não recorrem aos serviços socio sanitários. Além destes benefícios, estudos mostram que é eficaz nas mudanças de comportamento visto que, os comportamentos de risco são substituídos por práticas mais seguras (Pinto & Peixoto, 2003).

Em primeiro lugar, os entrevistados afirmam que o contato foi muito vantajoso para melhorar o padrão de consumos: “*Sim, sim. Foi muito bom eu ter vindo aqui para a carrinha, eu na altura estava muito alcoolizada...*” (E1FA). É ainda destacada a boa relação que se estabelece com os profissionais: “*Aí super bem. Cinco estrelas. As pessoas têm sido incríveis*” (E2MA); “*Eu acho que isto para mim é uma família, os técnicos sempre fui muito acarinhado, sempre fui recebido com um sorriso mesmo quando estava mal... Gosto, gosto, sinto que é uma família*” (E3MA); verificando-se o contato informal “*Altamente, dou-me bem. Toda a gente gosta de mim, sou brincalhão, sempre com respeito*” (E9MB). A RRMD assenta em estratégias de humanismo e verifica-se que este princípio está muito presente, visto que, não há culpabilização nem estigmatização dos consumidores (Fernandes & Ribeiro, 2002; Fernandes, 2009).

De acordo com Pinto e Peixoto (2003) é crucial o estabelecimento de uma relação de proximidade entre técnico e utente, sendo esta essencial para cumprir os objetivos a que o trabalho de rua se propõe. É muito referida, pelos entrevistados, a ajuda prestada pelos profissionais, nomeadamente o apoio: “*Excelente. Dou-me bem com toda a gente... Não vejo aquele julgar como em muitos sítios. E se necessitar de ajuda e conselhos e*

tudo...” (E10MB). Estes dados são suportados pela literatura pois a RRMD auxilia os utilizadores de drogas em diferentes níveis, como por exemplo: a alimentação, o vestuário, o alojamento, a assistência médica e servem de ponte entre os UD’s e os serviços importantes para o seu bem-estar. Sendo desta forma, facilitado o acesso a serviços de tratamento e de inclusão que diminuem a sua marginalização (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998).

Outro entrevistado além de referir a boa relação que tem com os técnicos *“Sinto-me bem, malta porreira. Que continuem assim”* (E13MB) apela a que continuem a prestar os serviços que têm prestado, mostrando assim que os objetivos basilares da ação de um técnico de rua estão cumpridos.

É referido por outros inquiridos que já conhecem e contatam com os técnicos há tantos anos que são considerados parte da família *“Já conheço há muitos anos e daqui tenho tudo o que quero, também me comporto. São mesmo família.”* (E14FC). É também destacado o respeito existente entre ambas as partes (mútuo): *“Sinto me bem. As pessoas respeitam-me tanto”* (E17FC). Dentro dos vários princípios de atuação a ter em conta por parte das equipas de rua é essencial focar nas relações sociais próximas e na construção de confiança mútua (Carapinha, 2009).

Concluindo, os resultados são idênticos nos três grupos de análise, o contato com as equipas de rua é percecionado como positivo e enriquecedor. Indo ao encontro do que já referimos anteriormente e mostrando que os cinco princípios que devem guiar a intervenção em RRMD, referidos por Pauly (2008), estão cumpridos.

3.2.4 Aspetos positivos/vantagens da toma de cloridrato de metadona

“O tratamento de manutenção com metadona proporciona quer a possibilidade de distanciamento ou mesmo paragem do consumo de SPA, quer a possibilidade de iniciar um processo de reorganização clínica, psíquica e social” (Rodrigues, 2006; p.56).

Nesta categoria temos presente uma grande quantidade de vantagens mencionadas nos discursos dos participantes. Havendo apenas uma entrevistada que não menciona vantagens da toma de CM afirmando que não sentiu nenhuma vantagem pois não modificou muito o padrão de consumo. Deve-se ter em consideração que a inquirida cumpria na altura que lhe foi realizada a entrevista, seis meses de contato com a RRMD, isto é, de toma de CM *“Ainda não senti muito... Não posso estar a inventar”* (E6FA).

Uma parcela dos entrevistados menciona a não existência do síndrome de abstinência, a redução do consumo de heroína e o bem-estar: *“O facto de não ressacar, não consumir heroína... Agora só quando faltar a metadona, se não me aguentar é que consumo. Se vier à carrinha não, é só cocaína. E ando bem”* (E12FB); *“O abandono do consumo da heroína é o principal para mim... Tu acordas com dores, o teu corpo obriga-te a consumir... Só assim é que te sentes bem e a meta ajuda”* (E3MA). A dependência de SPA's é segundo Rodrigues (2006) o primeiro passo para a deterioração do toxicodependente e parar com o consumo de heroína é o princípio da reabilitação.

Para além disso, são ainda referidas as vantagens a nível económico e a saúde: *“A toma da metadona é boa, consumia muita heroína antes de vir para a metadona mas com a toma não ressacamos. É bom a nível de dinheiro, ressaca e saúde”* (E19MC).

A (E8FB) aborda a maior disposição, pois antes de fazer a substituição opiácea não tinha cuidados de higiene e não tinha uma rotina, antes o importante e único objetivo era consumir: *“Bem-estar, tens mais ganas de fazer coisas porque não estás mal, já podes tomar um banho, vestir te, preparar-te... porque sem a metadona o que queria era ir consumir”*.

Além do referido anteriormente, outros entrevistados assinalam um maior autocontrolo sobre si e sobre as suas vida: *“Tem só vantagens... Não tenho de andar aí a ressacar... Não temos de andar a fazer tudo por tudo para arranjar dinheiro para o vício, com a meta controlo-me mais”* (E9MB); mais estabilidade: *“Estabilidade acima de tudo”* (E7FB); e funciona como uma retaguarda física e psicológica: *“É isso, é uma retaguarda a nível físico e claro também me ajuda psicologicamente”* (E5MA). Mais uma vez verificamos que programas de manutenção com metadona, produzem na maioria dos utentes uma redução no consumo de droga e uma diminuição nos delitos praticados trazendo melhorias para a saúde e qualidade de vida (Rodrigues, 2006).

Ademais, alguns focam na redução do crime, pois não estando a ressacar não têm de fazer “de tudo” para suprimir os sintomas: *“Sim, praticamente reduz o crime porque eu não ressacando não preciso de roubar para tirar a ressaca... A meta tem isso, deixa nos bem e não precisamos de consumir, tira a ressaca.”* (E2MA); é vista como uma garantia, sabem que podem realizar a toma, pois não acarreta custos monetários e se cumprirem todos os procedimentos e regras do programa têm direito a ela: *“Sei que tenho aqui a metadona e vou ficar bem, se acordar a ressacar, não tenho que ir fazer nenhuma loucura de repente para tirar a ressaca, o bicho...”* (E10MB) Indo ao encontro do que

defende Costa (2001) pois a RR favorece a diminuição da criminalidade associada a certas maneiras de toxicodependências.

Num estudo de Torras (2000) verificou-se melhorias nos participantes ao fim de 9 meses que permanecem ou se acentuam ao fim de 4 anos. Verificou mudanças positivas: nas relações interpessoais; saúde, higiene e condutas de risco; atividades ilegais e situação económica; na área laboral, de formação profissional e de tempo livre considera não ter havido melhorias significativas, apesar dos pacientes referirem melhorias. Por último, o consumo de drogas, encontrou melhorias em quase todas as substâncias de consumo.

Para além das várias vantagens o CM é referido como algo para levantar o ânimo e tem mais duração: *“Sim é uma vantagem. É um opiáceo também... Para me levantar um bocadinho o peso das costas”* (E17FC); e acaba por trazer tranquilidade para as suas vidas *“É um descanso que nós temos, não temos a preocupação de arranjar dinheiro, acordamos bem... Tem duração a metadona”* (E14FC).

Temos ainda o (E11MB) que afirma já não se encontrar a consumir SPA's ilícitas e expõe todas as vantagens que a toma de CM lhe trouxe: *“É bom, dura mais no corpo... A pessoa já não se preocupa tanto de arranjar dinheiro para ir consumir. No meu caso, antes rressacava, arranjava dinheiro ia comprar, consumia e passado 2h já estava com dores no corpo, já tinha de pedir para ir outra vez. Com a metadona não é preciso consumir droga, mas também é preciso ter força de vontade. Hoje não consumo nada, ma é uma luta, porque o vicio, está sempre cá dentro”*.

É de referir que o CM é também apresentado como uma desvantagem quando não é realizada a toma, pois segundo alguns entrevistados os sintomas do síndrome de abstinência são muito mais salientes, sendo que o (E4MA) atualmente abstinente diz que pode também ter desvantagens *“Se calhar até pode trazer desvantagens... Com ela sente-se melhor, passa a rressaca, agora o pior é se um gajo não a toma, a rressaca é 3 vezes pior. Mas no geral acho positivo.”*

O (E13MB) menciona não só as vantagens, como também as limitações derivadas da toma de CM, nomeadamente a perda de liberdade e mobilidade em termos laborais *“Boas e más. As boas é que não rressacamos, se não houvesse metadona tínhamos de tirar a rressaca de outra maneira, tínhamos que ir roubar para comprar heroína... Coisas más é que uma pessoa não pode ir para nenhum sítio, nenhum trabalho porque temos de*

estar aqui diariamente.”

Concluindo, não se averiguaram diferenças significativas entre os grupos, o mais mencionado por todos os indivíduos é que ajuda na síndrome de abstinência, na redução dos consumos de heroína e também na diminuição dos delitos praticados. É unânime e existem provas científicas que o tratamento de substituição pode contribuir para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de SPA's, as doenças infecciosas, a criminalidade, bem como promover a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social dos UD's. (Rodrigues, 2006; Marlatt, 1999; Torras, 2000).

3.2.5 Diferenças observadas nas práticas de consumo após RRMD

A maioria dos participantes garante ter observado diferenças nos seus consumos pós contacto com Redução de Riscos e Minimização de Danos. (ver Anexo 7)

3.2.5.1 Redução das práticas prejudiciais para saúde

Um estudo realizado por Negreiros e Magalhães (2005; p.20) verifica que “a facilidade de acesso dos utentes a esses serviços como um fator crucial de minimização de práticas de risco, particularmente no que se refere à partilha de seringas.”

O síndrome de abstinência é apontado como um fator de risco pois quando os sintomas se manifestam, geralmente não surge preocupação com a saúde e os dependentes de SPA's tornam-se mais vulneráveis à contração do VIH. A partilha de material de consumo e a não utilização de preservativo constituem as vias mais frequentes da transmissão do VIH nesta população (Negreiros & Magalhães, 2005).

No grupo (30-40 anos): quatro entrevistados asseguram uma redução nos riscos de partilha e de consumo, sendo que a maioria reduziu: *“sim claro, sem dúvida. Já tive alguns comportamentos de risco, sim mas a carinha vem trazer isso mesmo, deixar essas práticas de risco e começar a ter sensibilidade para fazer as coisas de maneira adequada, para não haver chance de contrair doenças.”* (E2MA). O (E5MA) especifica a importância para a saúde, nomeadamente a nível de medicação *“Também no processo de saúde, que eu tive muito tempo sem tomar medicação, os retrovirais... E era a carrinha que me ia sempre puxando para ficar bem. O facto de ir lá todos os dias e ter ali pessoas constantemente a observar-me e a puxar por mim para retomar as consultas, ajudou nesse aspeto. Se não tivesse sido isso se calhar estava morto”*.

Adicionalmente, dois sujeitos deste grupo garantem que não notaram diferenças porque na sua ótica sempre tiveram os comportamentos “adequados”: sem partilhas de material

“Nunca corri riscos porque eu nunca partilhei nada com ninguém”. (E4MA); e com trocas frequentes *“Tenho seringas sempre novas e boas, já que caí na burrice de me injetar. Se é um risco? É. Mas sei que aquilo que uso é só meu”* (E6FA).

No Grupo (40-50 anos) apuramos que cinco participantes reduziram comportamentos de riscos associados ao consumo, constatando-se que a maioria também reduziu, adotando mais cuidados com a saúde e com possíveis contágios *“Os riscos sim quando ia comprar na rua escura, tinha sempre lá muita gente tuberculosa e agora não contato”*(E7FB); e melhores condições a nível de alojamento, saúde e aconselhamento *“Sim, tenho um teto, estou mais seguro, faço trocas, conselhos, apoio”* (E10MB).

O E11MB atualmente está abstinente e garante que mudou muita coisa, principalmente a nível da saúde: *“Desde que vim para aqui deixei de consumir, comecei a tomar meta e a ter mais dinheiro. A medicação tomo todos os dias, que antes não era e agora a saúde está boa. Ainda fiz análise há pouco tempo, à hepatite e à SIDA e nada.”* O E12FB também observa melhorias em relação aos consumos: *“Claro que sim. Por exemplo injetava a cocaína e a heroína e agora não injeto”*.

Os restantes dois entrevistados deste grupo acreditam que não alteram comportamentos, pois já tinham formas “seguras” de consumir: *“É igual. nunca injetei, nada. Fiz aqui o tratamento (para a tuberculose) com a enfermeira e já acabou. Está tudo bem”* (E8MB); no entanto é referido que foram abandonadas antigas estratégias para a obtenção de dinheiro: *“Foi sempre igual, antes trocava seringas... Só deixei de andar aí a roubar para tirar a ressaca”* (E13MB).

No Grupo (50-60 anos): três participantes comentam que os seus comportamentos de risco sofreram alterações, principalmente na utilização de material usado e consumo em condições inadequadas: *“Há 20 anos atrás corria muitos riscos. Chutava às escuras e agora quase que nem consumo drogas. E antes tinha a necessidade de ir à rua escura e agora tenho a necessidade de ir à rua e vou onde? À carrinha, percebe?”* (E17FC); *“Agora não corro tantos riscos como antigamente. Não se trocava seringas, uma pessoa pico ou não pico, vou arriscar e picar com uma agulha usada. Já vi tantos a apanhar doenças assim”* (E19MC).

Relativamente aos restantes três entrevistados estes garantem que não mudaram porque sempre tiveram comportamentos “adequados”: *“Era a minha agulha sempre não alterou nada”* (E14FC); *“Sempre consumi da mesma forma e sempre troquei kits”* (E18MC); O (E16MC) diz que a nível de trocas de material sempre o fez: *“A nível de seringas sempre*

fiz troca. Isso sim” ressaltando apenas que, atualmente está mais estável e não adota estratégias alternativas para eliminar os sintomas do síndrome de abstinência: *“era o risco de antes obrigar-me a roubar”*.

Neste grupo temos os participantes divididos, três reduziram os comportamentos de risco e três não reduziram, porque segundo estes, nunca os tiveram. Resultado interessante porque devido à idade, serem o grupo mais velho, antigamente não havia tanta informação e tanta abertura para este fenómeno. Não existiam tantos programas, tantos apoios comparativamente com os outros dois grupos (A e B) e mesmo assim alguns destes tinham práticas “seguras” de consumo. Estes resultados revelam interesse em fazer trocas e consumos mais conscientes. É aquilo que a RRMD pretende, a diminuição dos riscos para os consumidores e saúde pública. De acordo com Fernandes, Pinto e Oliveira (2006) é essencial ouvir os consumidores sobre as suas perceções, práticas de consumo e necessidades, dando-lhes sempre liberdade de escolha, na direção de um consumo mais responsável.

3.3.5.2 Alterações nas doses, substâncias e via de administração

Nos três grupos de análise encontramos resultados consistentes pois verificamos que todos os entrevistados reduziram as doses que consumiam antes de ingressarem na RRMD, existindo assim, uma significativa diminuição nas doses para consumo nos 19 sujeitos. Estes dados mostram a mais valia que apresentam estes tipos de programas de substituição opiácea. Pois tal como Cruz (2005) referiu, este tipo de intervenção aceita e permite que aconteçam, mas não promove comportamentos de risco que os sujeitos possam apresentar. Relativamente às substâncias consumidas e via de administração temos uma maior heterogeneidade de respostas e casos em que a via é alterada de fumada para injetada ($n=2$).

No grupo (30-40 anos) o (E4MA) que consumia heroína e cocaína fumadas e atualmente está abstinente e o (E5MA) que consumida heroína e cocaína via endovenosa e atualmente fuma haxixe. Três inquiridos mantêm a via de administração, sendo que (E2MA) injeta esporadicamente heroína; (E5MA) e (E1FA) abandonaram os consumos de heroína e continuam a consumir cocaína esporadicamente via fumada, sendo que (E1FA) encontra-se também a consumir álcool. Ainda, uma participante que fumava heroína e cocaína e atualmente injeta as mesmas: *“Nisso piorei. Eu fumava na prata e agora só injeto. Na prata já não me satisfaz, então pumba tem de ser e ando com os braços*

que já nem posso. Tenho que acabar com isto de vez” (E6FA). Verificamos que neste grupo existem dois entrevistados que fazem consumos endovenosos.

No grupo (40-50 anos) temos um participante que consumia heroína fumada e de momento também está abstinente (E11MB). A (E7FB) fumava heroína e mantém a via, outros dois fumavam heroína e cocaína também mantêm a via de administração, sendo que (E9MB) encontra-se apenas a consumir cocaína e (E8FB) diz consumir muito pouco *“Sí, reduzi os consumos. Ter a metadona ajuda, claro. Porque heroína agora quase nada”*. Por último, dois participantes continuam a consumir heroína e cocaína e utilizam as duas vias de administração. Mas (E12FB) apenas injeta quando não faz a toma de CM: *“Antes era... agora é só quando faltar a metadona, se não me aguentar é que consumo. Se vier à carrinha não consumo.”*; (E10MB) *“Cocaína é o que tiver porque é muito psicológico... A heroína com a metadona baixei mas continua a ser injetada”*.

Tal como no Grupo (30-40 anos), encontramos um participante que modificou a via de administração de fumada para injetada, abandonou o consumo de heroína e consome muito esporadicamente cocaína via endovenosa: *“Larguei a heroína mas meti-me na coca. Sou capaz de consumir 3 dias e depois passo o resto do mês sem consumir nada”* (E13MC). Neste grupo, temos três sujeitos que injetam, tendo em conta que todos começaram via fumada, verifica-se um maior retrocesso na via de administração, comparativamente aos outros dois grupos. Estes resultados podem ser explicados pelo estudo realizado por Negreiros e Magalhães (2005) a via injetada tem maior eficácia na supressão dos sintomas do síndrome de abstinência e intensifica os efeitos das SPA's, estas podem ser as razões que os levam a optar por esta via.

No grupo (50-60 anos), metade dos inquiridos alteraram definitivamente a via de consumo injetado para fumado ($n=3$), sendo que (E14FC) continua a consumir heroína esporadicamente, quando não faz a toma de CM *“Atualmente é fumada. De início é que não havia pratas nem canecos era tudo injetado há 30 anos atrás”*; O (E15FC) e o (E17FC) deixaram de consumir heroína e de momento consomem apenas cocaína. O (E16MC) e (E19MC), apesar de continuarem a consumir heroína via endovenosa, com a substituição opiácea esse consumo não é tão regular. Sendo que (E16MC) fuma cocaína e injeta heroína duas vezes por dia; e o (E19MC) mantém os consumos de cocaína fumada e muito raramente faz consumos endovenosos de heroína, mostrando conhecimento dos riscos associados ao consumo endovenoso: *“Para matar as saudades, é uma estupidez. Fumar é um desperdício, mas também estar a mexer nas veias também estamos a*

arriscar”. Por último o participante (E18MC) relata que apesar de reduzir os consumos continua a consumir heroína e cocaína tanto fumadas como injetadas, verificando-se assim, que não alterou nem as substâncias, nem a via de administração das mesmas, apenas reduziu *“nunca parei mas reduzi por causa da metadona”*.

Neste grupo todos injetavam no passado, atualmente três indivíduos continuam a injetar, no entanto, avaliando cada caso, verificam-se melhorias significativas sendo que três entrevistadas passaram a ter consumos fumados.

3.2.6 Diferenças percecionadas na forma como eram olhados pela sociedade antes e depois de entrar em RRMD

Para Becker (1963), o desvio não é uma qualidade particular do ato comprometido por uma pessoa, mas a consequência da aplicação, realizada pelos outros, a nível de regras e de sanções a um “culpado”. O desviante é aquele a quem lhe foi atribuído o rótulo com sucesso. Deste modo, podemos concluir que papel dos “não-desviantes” é tão importante como o dos desviantes.

De acordo com Cruz (2005) a “agressão” feita a valores inquestionáveis como a saúde, dignidade, trabalho e justiça obriga a uma ação, ação essa que no passado levou hereses à fogueira, loucos e pedintes à prisão e dependentes de cannabis à esquadra. Atualmente os mecanismos de controlo social são mais discretos e adaptados “mas os técnicos veem falir as suas abordagens de tratamento e juízes e prisões a falhar na recuperação e regeneração” (Cruz,2005; p.70)

Relativamente a este tema, no grupo (30-40 anos) destacam-se quatro participantes que sentiram diferenças no modo como eram olhados pela sociedade: *“Sim, claro que estando estruturado nota-se algumas diferenças. Uma pessoa quando não está estruturado anda sujo, não toma banho, dorme na rua e isso nota-se.”* (E2MA); *“Agora não me sinto olhado de lado mas antigamente sim. Agora sinto que antigamente me sentia, mas na altura andava anestesiado não dizia nada, tinha aquela ideia fixa, não me importava. Mas agora não, porque tenho outro tipo de vida”* (E5MA). Estes dados suportam a importância do papel da RRMD no auxílio prestado ao consumidor que poderá estar à margem da sociedade e também a todos aqueles que estão à volta do consumidor (Cruz, 2005).

Não obstante dois participantes dizem que não sentem diferenças, sendo que (E6FA) aborda o anonimato das grandes cidades *“ninguém sabe, ninguém me*

conhece”. De acordo com Durkheim (1974) a anomia pode levar ao enfraquecimento ou rutura de laços entre os indivíduos e a sociedade e/ou a ausência de normas, podendo funcionar como um fator desestruturante e disfuncional. O (E4MA) já não se encontra a viver na rua, nem a consumir mas nunca se sentiu marginalizado ou excluído *“Olham da mesma maneira, igualzinho. Sinto me bem”*.

No grupo (40-50 anos) a maioria dos entrevistados sentiu diferenças ($n=5$) principalmente na forma como se apresentavam e cuidavam: *“Sí notei diferença...E também engordei um bocadinho mais e tento andar sempre limpa e vejo que já não me miran tanto como me miravam. Agora vejo me bem, já estive muito pior...Dava me vergonha de andar na rua.”* (E8FB); no caso do (E10MB) o mesmo refere a evolução da mentalidade da sociedade: *“Antes diziam “olha este drogado está a curtir... Agora veem mais como uma necessidade e até têm pena, porque não é uma vida que se escolheu, percebes? É mesmo uma doença.”* O que vai de encontro às conclusões de Cruz (2005). Os restantes afirmam que sempre tiveram cuidados na sua apresentação *“Não, é igual. Apresento-me de maneira igual, sempre andei limpa mesmo quando consumia.”* (E7FB); O (E8FB) sempre se sentiu bem, mesmo quando consumia SPA's pois quando o fazia resguardava-se *“Eu não notei diferenças nenhuma, porque nunca consumi na rua, era sempre em casa”*.

O grupo (50-60 anos) é o que menos sentiu diferenças na forma como eram olhados pela sociedade antes e atualmente e garantem que foi sempre igual, sempre se sentiram bem ($n=5$). Podendo ser devido ao facto de serem da zona histórica do Porto e viverem neste local desde que nasceram *“Como fui criada aqui estou no meu habitat, na minha área. Sinto-me mal é se sair daqui...”* (E14FC). A (E17FC) é a única que afirma que sentiu diferenças e que agora sente-se bem *“Eu agora não me sinto olhada de lado”*.

Estes resultados evidenciam que este grupo não se sentiu tão marginalizado comparativamente aos outros dois. Os seus discursos evidenciam que não se sentiram à parte antes de ingressarem na RRMD, mas permite-nos concluir que, em relação aos grupos A e B a RRMD facilita o acesso aos programas de inclusão, que minimizem a sua marginalização (Barbosa, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998).

3.2.7. Reflexão sobre os avanços e recuos ao longo do percurso

Nesta subcategoria os entrevistados fazem um balanço sobre os avanços e recuos no seu percurso, denotando-se que nenhum destes apresentou recuos, sendo que alguns estagnaram ($n=2$) e os restantes ($n=17$) garantem ter evoluído após RRMD.

No grupo (30-40 anos) são apresentados avanços a nível da saúde: “*Sim evoluí. Não consegui (tratamento) mas sempre tive quartinho, tudo correto. Sempre me ajudaram. Olhe, tive a hipótese de tratar dos dentes*”. (E1FA); nomeadamente a nível psicológico: “*Sem dúvida alguma, avanços. Muitos. Parar de consumir, ir para a comunidade, ter um acompanhamento muito próximo dos técnicos. Ando a fazer trabalho com a psicóloga*” (E2MA). Ademais, são valorizados pequenos passos, como deixar de consumir heroína: “*Sem dúvida que tive mais avanços... Deixar de consumir heroína para mim já é um avanço, muito bom*” (E3MA); ou saídas da rua, abandono da condição de sem abrigo e investimento na reintegração social: “*Tive mais avanços, sim. Ao sair da rua, já evoluí. Vamos ver agora, se o curso que estou a fazer corre bem...*” (E4MA); “*Avanços foi em relação a isto do curso, aliás ter começado algum projeto, a ter algo com que... porque lutar. Tive mais avanços que recuos*” (E5MA). AE6FA diz não ter avançado nem recuado, mas sabe que tem todas as possibilidades para evoluir: “*Nem evolui nem recuei. Continuo na mesma, tirando a parte em que venho tomar a metadona, tenho uma porta aberta para me curar e eu ainda não entrei*”, este resultado vai ao encontro ao que Pinto e Peixoto (2003; p.56) afirmaram: a RRMD procura “ver o mundo através dos seus olhos, ter vontade de perceber, saber aceitar que não queiram ajuda, que não queiram mudar. É importante saber estar lá quando somos precisos e desejados... e saber não estar quando não é esse o caso”.

No grupo (40-50 anos), todos os inquiridos garantem que evoluíram ($n=7$): “*Evolui, foi o meu descanso. Avancei para melhor.*” (E7FB); “*Estou num curso claro. Evolui, sí...*” (E8FB); são referidas melhorias nos cuidados consigo próprios: “*Sim, definitivamente mais avanços. Por exemplo o deixar de consumir como consumia, o andar na rua e passar a ter um quarto. Tudo isso acho que me ajudou e que avancei. O não consumir com tantos riscos também. Mais segura, sem dúvida. E tratar de mim, sim.*” (E10MB); inclusive dois dos inquiridos afirmam ter evoluído em todos os aspetos e enquanto pessoa: “*Evolui. Como pessoa, modo de falar para as pessoas, uma pessoa que anda na droga Às vezes responde mal, porque é a droga. Isso e muita coisa. Em vestir, cuidados de higiene, mudou tudo. A nível da saúde também, amizades, mudou tudo*” (E11MB);

“Melhorei a vida em todos os aspetos. Não estou na rua, não consumo tanto, faço refeições, olho mais por mim.” (E12FB); são apresentadas as discrepâncias existentes entre o pré ingresso na RRMD e o contato diário atual: *“Claro, evolui porque antes da carrinha não tinha onde comer, onde lavar a roupa, não tinha ninguém que me ajudasse a tratar da saúde. Isto é um espetáculo, acompanham-nos ao hospital, ao dentista, agora ando a tratar da boca.. Isto se algum dia acabar o pessoal que anda metido na droga, vai começar a haver mais roubos, porque as pessoas têm que roubar para tirar a ressaca e não só... Desde que a carrinha veio para aqui já houve muita gente que deixou a droga, ajuda”* (E13MB).

O grupo (50-60 anos) também garante avanços ($n=5$): *“Claro que sim. É uma mais valia. E estou tão satisfeita... É muito familiar, já me conhecem... Qualquer problema que tenha sempre prontos a ajudar-me. Quando choro limpam-me as lágrimas.”* (E14FC). Estes dados estão em concordância com Pinto e Peixoto (2003) cujo trabalho desenvolvido pelas equipas de rua tem um impacto positivo junto das populações que não recorrem aos serviços sócio sanitários. Além destes benefícios, estudos mostram que este trabalho é eficaz nas mudanças de comportamento visto que, os comportamentos de risco são substituídos por práticas mais seguras (Pinto & Peixoto, 2003).

E18MC atenta que o contato com RRMD tornou-o mais calmo e estável: *“Acho que evolui mais, sim. Fiquei mais calmo...E agora com a metadona estabilizei.”*; O E19MC refere todos os seus avanços *“Evolui muito. Consumir menos droga, passo aqui um bocado de tempo, enquanto estou aqui não estou a pensar na droga. A maior parte do pessoal não tem uma ocupação, senão consumiam menos”*. Estes resultados são corroborados por Rodrigues (2006; p.60) *“A RR retira a pressão de manter um hábito, dando tempo aos indivíduos de pensar, de trabalhar, de cultivar laços, de reestruturar a sua vida”*.

A (E15FC) diz que não avançou nem recuou, mas gosta dos serviços prestados *“Eu não avancei, nem deixei de avançar, mas gosto.”*

Concluindo, não temos diferenças consideráveis entre os grupos, no geral todos os participantes dizem que avançaram e a maioria ilustra em que aspetos específicos.

4. Reflexões Finais

O presente trabalho foi desenvolvido a volta da temática das drogas e da RRMD. Depois da leitura da literatura recolhida sobre o tema, sentimos a necessidade de compreender as mudanças ocorrentes na vida dos entrevistados/as após contatarem com a RRMD.

O presente estudo ajudou-nos a confirmar que os consumos antes da RRMD, eram sempre superiores e acarretavam mais riscos para a saúde dos dependentes de SPA's, e que estes riscos eram tanto a nível das doses (mais elevadas e sem controlo/gestão), denotando-se uma redução nas mesmas em todos os entrevistados. Estes resultados vão de encontro aos estudos e literatura existentes, que realçam a mais valia dos programas de substituição opiácea com metadona ao nível da redução dos consumos (Pinto & Peixoto, 2003; Rodrigues, 2006). Relativamente à via de administração obtivemos um número significativo de entrevistados que alteraram a via de administração, da endovenosa para a fumada, e ainda oito sujeitos que continuam atualmente a injetar-se, recorrendo a práticas mais seguras e com menor regularidade. Confirma-se assim a ênfase desta política de não forçar à abstinência e aceitar as escolhas dos indivíduos, já que assume que as mudanças serão mais duradouras ao ser-lhes dada autonomia e liberdade (Ruefli & Rogers, 2004). Portanto confirma-se a ideia de que a não imposição é uma estratégia adequada, a qual pode gradualmente levar à abstinência, através de diálogo e relações de confiança bidirecionais. Dos indivíduos entrevistados, contamos com as narrativas de dois que já não se encontravam a consumir SPA's ilícitas e que nos permitem confirmar que, com esta estratégia, e com o auxílio do CM e de uma equipa multidisciplinar, é possível abandonar por completo os consumos.

Realçamos ainda que todos os inquiridos tinham uma opinião muito positiva sobre a equipa de rua e uma ótima relação com os técnicos. Além disso, a maioria detinha conhecimento das práticas de RRMD ao seu dispor e apesar de não usarem os termos técnicos, revelaram-se conhecedores dos pressupostos avançados por Carapinha e colaboradores (2009) de uma intervenção de RRMD (humanismo e o pragmatismo, *outreach*, gradualismo, autonomia, enraizamento na comunidade, cidadania, diálogo, negociação, educação para a saúde, mudança, acessibilidade aos serviços de saúde e sociais, isto tudo, com a adequação da intervenção à pessoa).

Todas as narrativas recolhidas sugerem que a dependência da droga teve impactos negativos ao nível económico, social e de saúde. Em contrapartida, quase todas sugerem que a RRMD veio devolver, dentro do possível, melhorias na saúde (educação para a saúde,

acompanhamentos e ligação aos serviços mais formais da sociedade), económicas (com o apoio social, cuidados básicos de higiene e alimentação) e sociais (através do enraizamento na comunidade, servindo de elo de ligação, educação de pares).

Foi também possível constatar que existem diferenças entre os três grupos analisados em alguns aspetos nomeadamente, na categoria dos consumos, especificamente, diferenças relacionadas com a idade e época de iniciação. Constatamos que o grupo dos (50-60 anos) iniciou-se com consumos endovenosos e numa altura em que a facilidade de acesso à heroína era muito elevada (Ferros, 2011). No grupo (30-40) a experimentação ocorre com pares e por curiosidade, numa vertente de socialização, e por último o grupo (40-50 anos) experimentam em contexto laboral, com colegas de trabalho e alguns sozinhos. Não se pode generalizar totalmente porque os motivos/razões para consumir pela primeira vez surgem da história pessoal, que cada indivíduo tem as suas singularidades e idiossincrasias, com uma história de vida e experiências passadas que são únicas.

Verificamos ainda que na categoria de RRMD as diferenças mais notórias entre os três grupos analisados se situam nas opiniões sobre o funcionamento das estruturas de RRMD e nas sugestões de possível melhoramento. Por exemplo, o grupo mais jovem não faz sugestões, podendo ser devido ao menor tempo de contato relativamente aos outros dois grupos, já que quanto mais conhecemos e lidamos com algo, mais opiniões e sugestões podemos desenvolver sobre o tema.

Relativamente à subcategoria diferenças percecionadas na forma como eram olhados pela sociedade antes e depois de RRMD, os resultados são interessantes. O grupo mais velho foi o que menos sentiu diferenças, pois todos garantem, à exceção de uma inquirida, que foi sempre igual e que sempre se sentiram bem, estes resultados podem ser devido ao facto de estes sujeitos serem naturais da zona histórica do Porto, já viverem neste local há muitos anos e serem conhecidos neste local, pode explicar o porquê destes indivíduos não se sentiram marginalizados comparativamente aos outros dois grupos. Contudo os resultados dos grupos A e B permitem nos concluir que a RRMD facilita o acesso aos programas de inclusão que minimizam a sua marginalização (Barbosa, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998)

Também foi possível constatar que quando questionados/as sobre os aspetos positivos da toma de CM, os inquiridos referem as vantagens da mesma, nomeadamente na diminuição da criminalidade. Estes resultados são sustentados pelos estudos de Costa (2001), Fernandes (2011), Rodrigues (2006), Torras (2000). São ainda mencionadas vantagens a nível da saúde,

a não existência do síndrome de abstinência, maior autocontrolo, estabilidade emocional e económica (Rodrigues, 2006), maior duração (Marlatt, 1999) e redução, em alguns casos corte, do consumo de heroína. No entanto, são referidas também desvantagens que a toma de CM traz para os indivíduos, a nível dos sintomas do síndrome de abstinência serem mais salientes e difíceis de suportar, a perda de liberdade e mobilidade em termos laborais e que o facto de realizarem a toma diariamente acaba por condicionar as suas vidas.

Estes resultados reforçam a ideia de que a RRMD é percecionada como positiva e benéfica para a população dependente de SPA's, trazendo várias melhorias e mudanças positivas nos vários percursos. Com a última subcategoria deste estudo, verificamos que dezassete entrevistados reportaram uma evolução positiva após contatarem com RRMD e que apenas dois casos reportaram não haver um impacto significativo: as entrevistadas relataram que não evoluíram mas que também não regrediram.

No que respeita a limitações do estudo queremos salientar o facto de só termos contactado utentes da zona histórica do Porto. Tal poderia ter sido alargado a outras localidades ou aos utentes de várias equipas de rua e não apenas de uma. Existem procedimentos que são característicos dos programas de redução de danos, mas esses podem variar de um programa para outro, de acordo com o país em que cada programa é executado, uma vez que cada um possui uma realidade diferente, com características próprias, padrões de consumo de SPA's, valores e culturas singulares a cada área geográfica, recursos disponíveis entre outros (Fonseca, 2005).

Para futuras investigações sugerimos incluir os técnicos de RRMD no estudo, de forma abranger mais perspetivas e significados, sendo possível ver os dois lados da intervenção.

Em suma, em nossa opinião, o estudo cumpriu razoavelmente os objetivos propostos, permitindo concluir que a redução de riscos é uma mais valia e um serviço em que se devia apostar cada vez mais. A RRMD não é uma ilusão; acredita no potencial das pessoas para conseguirem mudar; dá liberdade de escolha e, acima de tudo, aceita cada um tal como é ou quer ser. A intervenção deve sempre ter em vista a estruturação de um projeto de vida de maior saúde e integração social, tendo-se sempre em conta as necessidades humanas básicas e o fomento da justiça, e assegurando a esta população igualdade no acesso aos recursos e serviços.

Referências Bibliográficas

- Agra, C. & Fernandes, L. (1991). Elementos para uma reflexão crítica sobre a psicologia comunitária. In F. Morais & E. Fernandes (Eds.). *Psicologia comunitária: experiências e reflexões* (pp. 11-14). APPORT
- Agra, C., & Fernandes, L. (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. In C. da Agra *Dizer a droga, ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo* (pp. 55-86). Porto: Radicário.
- Alvarez, S., Gomes, G., & Xavier, D. (2014). Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8, 641-8.
- Barbosa, J. (2006). *Entre a regulação dos 'riscos psicoativos' e a defesa dos direitos de cidadania. O serviço social no seio das políticas de redução de danos*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da “clandestinidade” à legitimação política. *Toxicodependências*, 15 (1), 33-42;
- Barbosa, J. (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos. *Revista Toxicodependências*, 17 (1), 71-84;
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 (Trabalho original publicado em 1977).
- Becker, Howard S. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. (With a new chapter “Labelling Theory Reconsidered”)*, New York, The Free Press
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research – a practical guide for beginners*. Los Angeles| London| New Delhi| Singapore| Washington DC: SAGE Publication
- Magnani, J. G. C. (2002). De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49).
- Carapinha, L. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT;

- Cavalcanti, L. (1996). Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías. In *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*. Medellín: Colombia,
- Costa, E., M. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificações. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 53-58.
- Cruz, & Machado (2013). Intervenção no fenómeno das drogas: algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia* [online]. 27 (1), 13-31.
- Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar- como a redução de riscos se fez incontornável. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), 65-7.
- Cruz, M. S. (2011). Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da justiça e da saúde. In A. G. Andrade (Coord.), *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas* (pp. 271-306). Brasília, DF: Ministério da Justiça.
- Cruz; Machado, Fernandes (2012). O ‘problema da droga’: Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise. Psicológica*. 30 (1-2), 49-61.
- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., ... Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America’s first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2–3), 172–176.
- Decreto-Lei n.º 183/2001 (2001, 21 de junho). Presidência do conselho de ministros. *Diário da República*, I- série – A.
- Decreto-Lei n.º 46/99, de 26 de maio. *Diário da República n.º 122/1999 – I Série-B*, 2972-3029. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Dewson, S., Davis, S. & Casebourne, J. (2006). Maximising the role of outreach in client engagement. Department for Work and Pensions, *Research Report No 326*. Corporate Document Services.
- Durkheim, E. (1974) *Las reglas del método sociológico*, Madrid: Morata
- Ersche, K., Turton, A., Croudace, T. & Stochl, J. (2012). *Who do you think is in control in addiction? A pilot study on drug-related locus of control Beliefs*. Addictive disorders their treatment. Canadian center of science and education.

- Escohotado, A. (1999). A brief history of Drugs – From the Stone Age to the Stoned Age. Innes Traditions.
- Félix, J. (2002). Estimativa do impacto do programa “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” no risco de infecção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injectada
- Fernandes, L. (1998). *O Sítio das Drogas: Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15, 3-18.
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida *junkie* e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68.
- Fernandes, L., Pinto, M., & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, 12 (2), 71-82.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: afectos e psicopatologia*. Livpsic / Legis Editora.
- Fonseca, E.M. *Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. 2005. 112p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17–27.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (Eds). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático. (9ª edição, pp. 64-89). governance policy processes. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 972-977.
- Houborg, E. & Frank, V. A. (2014). Drug consumption rooms and the role of politics and governance policy processes. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 972-977.
- Korf, D. et al. (1999), Insights: outreach work among drug users in Europe: concepts, practice, and terminology. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. e col. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Mata, S. Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-25.
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Toxicodependências*, 11, 3-22.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). (2016). *Perspetivas sobre Drogas – Salas de consumo assistido de droga: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia*.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2019). *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções*.
- Oliveira, M. (2009). *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Pós-graduação, Instituto de saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia, Brasil
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise psicológica*, 15(3), 375-388.
- Ornelas, M. (2008). Manual de Psicologia Comunitária. *Análise Psicológica*, 28(3), 537-538.
- Pauly, B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 4-10.
- Pereira, J. C. S. (1999). Locus de Controlo e Toxicodependência. *Revista referencia*, nº3.
- Pinto, M., & Peixoto, S. (2003). Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal. *Toxicodependências*, 9(2), 51-60.
- Ribeiro, J. (1995). Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, 3, 5-13.

- Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre a Qualidade de Vida e Tratamento de Manutenção com Metadona. *Toxicodependências*. 12(1), 55-62.
- Romaní, O. (2008). Placeres, dolores y controles: El peso de la cultura. In A. Torres & A. M. Lito (Orgs.), *Consumos de drogas. Dor, prazer e dependências* (pp. 79-104). Lisboa: Fim de Século.
- Roy, E. e col. (2007). Hepatitis C Meanings and Preventive Strategies among Street-Involved Young Injection Drug Users in Montréal. *International Journal of Drug Policy*, nº18.
- Ruefli, T., & Rogers, S. (2004). How do drug users define their progress in harm reduction programs? Qualitative research to develop user-generated outcomes. *Harm Reduction Journal*, 1(8), 1-13. doi:10.1186/1477-7517-1-8
- Salmon, A. M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. and Maher, L. (2010). *The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia*. *Addiction*
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2016). *Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências dos Interventores*.
- Torras E. (2000). Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones*, 12, 383-394.
- Woods, S. (2014). Organisational overview of drug consumption rooms in Europe. Amsterdam: *European Harm Reduction Network—Regenboog Groep*

ANEXOS

Anexo 1. Consentimento informado



Consentimento Informado para Participação em Investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em pedir mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento.

No âmbito de uma investigação para a realização da Dissertação de Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça com o tema “Perceções e significados atribuídos à Redução De Riscos e Minimização de Danos”, orientada pelo Professor Doutor Miguel Cameira, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pede-se a sua colaboração nesta investigação.

Garantimos que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, utilizados apenas para efeitos desta investigação.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. Autorizo também a gravação em suporte áudio dos dados para futuro tratamento pelo/a investigador/a abaixo indicado/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

A investigadora,

(Ana Filipa Moreira de Castro)

Anexo 2. Guião da Entrevista



Entrevista

Enquadramento do estudo: Olá! Encontro-me a desenvolver uma dissertação de mestrado cujo objetivo central é compreender as perceções e significados que os utilizadores de drogas atribuem à RRMD. É neste sentido que pedimos a sua participação numa entrevista para conhecer a sua opinião relativa ao tema. É-lhe pedido que autorize a gravação em áudio, sendo que apenas será ouvida pela/o investigador/a(s) e será eliminada finda a sua utilização e nunca será exposta a sua identidade.

Informação pessoal

1. Idade
2. Estado civil
3. Nível de escolaridade
4. Qual a sua situação atual a nível de alojamento
5. (se não vive na rua) Mas já alguma vez viveu ou esteve na rua
6. Como está a sua situação profissional atualmente
7. Usou algum apoio social

Trajetórias de consumo

8. Que idade tinha quando consumiu pela primeira vez/ em que contexto ocorreu/ estava acompanhado por quem?
9. O que o levou a experimentar?
10. Que substância(s)/droga(s) experimentou? E via de administração?
11. Depois de experimentar e continuar a consumir, quando é que percebeu que estava a perder o “controlo” sobre a substância? (passou quanto tempo)
12. O que os consumos alteraram na sua vida? Impacto das drogas no nível económico, social e de saúde?
13. (se existir uso de mais de uma substância) Explique-me como foi passando de substância para substância? (perceber se a via de administração foi sempre a mesma ou alterada)

(Perguntar apenas se eles continuarem a consumir drogas)

14. O que pensa antes de consumir? O que pensa em relação aos seus consumos?

15. Como gere os seus consumos?

16. O que sente quando consome?

17. Que substâncias gosta mais de consumir? / substâncias de eleição?

Perspetivas e significados atribuídos à RRMD

18. Há quanto tempo considera estar a beneficiar de RRMD?

19. Quando ouve falar em RRMD associa a quê?

20. O que é para si RRMD?

21. Diga-me ou dê exemplos do que considera serem práticas/procedimentos de RRMD?

22. Há quanto tempo tem contato com equipas de rua? Foi um contato continuado?

23. Acha importante haver cumprimento de regras? Já alguma vez não cumpriu e porquê?

24. O que acha do funcionamento da RRMD, o que mudava? /Acha que funciona bem?

25. Como se sente em contato com a equipa?

26. Quantos anos de consumo teve até entrar para o PSOBLE?

27. Quem lhe indicou, como chegou até à RRMD?

28. O que acha que mudou na sua vida após entrar para a RRMD?

29. E atualmente continua a mudar alguma coisa?

30. Após a entrada em RRMD estabeleceu novas relações? E abandonou algumas que poderiam ser prejudiciais para si? Teve o apoio dos técnicos ou foi por vontade própria?

31. Indique-me alguns aspetos positivos ou vantagens que a toma de cloridrato de metadona lhe trouxe? Dê exemplos.

32. Diga-me que diferenças observa a nível dos consumos? (perceber os riscos que corria antes de entrar em RRMD e agora que está. Tentar obter exemplos)

33. Quando se inicia a toma de cloridrato de metadona o desejável é baixar gradualmente os consumos de droga. Isso aconteceu consigo? Diga-me as doses e drogas que consumia antes e agora? E a via de administração?

34. Para tentar perceber melhor o seu percurso no consumo de drogas, diga-me se já alguma vez tentou a abstinência ou procurou tratamento? (ver o número de recaídas e tipo de tratamento, perceber se acreditam ou têm vontade de algum dia fazer)

35. Os avanços e recuos fazem parte de qualquer percurso. Desde que entrou em RRMD considera que teve mais avanços que recuos ou não? Dê-me exemplos de avanços e recuos.

Anexo 3. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Entr.	Sexo	Idade	Nível de escolaridade	Situação de alojamento	Usufruí de algum apoio social	Estado civil	Situação profissional
Grupo A (30-40 anos)							
E1	F	39	4ª classe	Albergue Noturno	RSI	Casada	Desempregada
E2	M	39	9ºano	Casa da Rua	RSI mas foi suspenso	Solteiro	Empregado de mesa
E3	M	31	9ºano	Sem abrigo, vive na rua	RSI	Solteiro	Desempregado
E4	M	30	6ºano	Quarto	RSI	Solteiro	Desempregado
E5	M	34	6ºano	Quarto	RSI	Solteiro	Desempregado
E6	F	31	9ºano	Vive numa caravana	RSI mas foi suspenso	Solteira	Desempregada
Grupo B (40-50 anos)							
E7	F	47	1ºliceu	Quarto	Não usufrui	Casada	Desempregada
E8	F	44	4ºano	Casa da Vila Nova	RSI	Solteira	Desempregada
E9	M	45	6ºano	Prédio abandonado	Não usufruí	Solteiro	Desempregado
E10	M	40	9ºano	Quarto	RSI	Solteiro	Desempregado
E11	M	47	6ºano	Vive na rua	RSI	Divorciado	Desempregado
E12	F	44	10ºano	Casa abandonada	RSI	Casada	Desempregada
E13	M	49	8ºano	Casa própria	RSI	Solteiro	Desempregado
Grupo C (50-60 anos)							
E14	F	56	9ºano	Casa própria	RSI	Divorciada	Desempregada
E15	F	59	6ª classe	Vive na rua	RSI	Solteira	Desempregada
E16	M	57	3ª classe	Vive na rua	RSI	Divorciado	Desempregado
E17	F	59	9ºano	Casa própria	Reforma	Solteira	Reformada
E18	M	53	4ª classe	Casa abandonada	RSI	Solteiro	Desempregado
E19	M	54	7ª classe	Vive na rua	RSI	Solteiro	Desempregado

Anexo 4. Características dos participantes relativamente ao consumo de substâncias psicoativas

Entr.	Sexo	Idd	Idade 1º consumo	Substância(s)	Via de administr.	Motivo	Contexto	Companhia
Grupo A (30-40 anos)								
E1	F	39	16 anos	Cocaína e heroína	Fumada	Curiosidade	Num quarto	Marido na altura
E2	M	39	26 anos	Drogas estimulantes, heroína e cocaína	Fumada	Curiosidade	Na Inglaterra	Amigo
E3	M	31	18 anos	Todo o tipo de drogas, cocaína e heroína	Fumada	Curiosidade	Num país estrangeiro	Grupo de amigos
E4	M	30	15 anos	Cocaína	Fumada	Curiosidade	Estava a viver na rua	Grupo de amigos
E5	M	34	13 anos	Heroína	Fumada	Curiosidade	Convidaram para os acompanhar	Grupo de amigos
E6	F	31	21 anos	Heroína e cocaína	Fumada	Morte do namorado “perdi o gosto de viver”	Na casa da amiga	Amiga que já consumia
Grupo B (40-50 anos)								
E7	F	47	28 anos	Heroína	Fumada	Curiosidade	Casa de amigos	Com amigos
E8	F	44	19 anos	Heroína e cocaína	Fumada	Quando lhe retiraram o filho	Em Espanha	Com amigos
E9	M	45	18 anos	Heroína e cocaína	Fumada	Não se lembra, não sabe	Não se lembra	Não se lembra
E10	M	40	17 anos	Heroína e cocaína	Fumada	Curiosidade, ambiente e companhias onde estava inserido	Vila do Conde	Sozinho
E11	M	47	21 anos	Heroína e cocaína	Fumada	Desafiaram no a experimentar	Famalicão	Colegas de trabalho
E12	F	44	20 anos	Haxixe, cocaína e heroína	Fumada	Curiosidade	Em casa	Com o marido na altura
E13	M	49	40 anos	Heroína	Fumada	Curiosidade	No trabalho	Com um colega
Grupo C (50-60 anos)								
E14	F	56	21 anos	Heroína	Injetada	Curiosidade	Em casa	Com o marido na altura
E15	F	59	18 anos	Heroína	Injetada	Por causa de uma dor de dentes	Prisão em Espanha	sozinha

E16	M	57	20 anos	Heroína e cocaína	Injetada	Curiosidade	Bairro onde vivia	Grupo de amigos
E17	F	59	17 anos	Cocaína e heroína	Injetadas	Curiosidade “era uma loucura antigamente”	Numa saída à noite	Com amigos
E18	M	53	20 anos	Heroína e cocaína	Injetada e fumada	Curiosidade	Não menciona	Sozinho
E19	M	54	11 anos	Heroína e cocaína	Injetada	As más companhias e a curiosidade	No Aleixo	Com amigos

Anexo 5. Grelha de análise de conteúdo categorial temática

1 – Consumo						
1.1. Impacto das Drogas nas suas vidas	1.2. Opinião/ sentimento em relação aos consumos	1.3. Substância de eleição e crenças associadas ao seu consumo				
2 – Redução de Riscos e Minimização de Danos						
2.1. Conhecimen to do que são práticas e procediment os de RRMD	2.2. Opinião sobre o funcioname nto das estruturas de RRMD e possíveis sugestões	2.3. Como é sentido o contacto com a(s) equipa(s) de rua	2.4. Aspetos positivos/ vantagens da toma de cloridrato de metadona	2.5. Diferenças observadas nas práticas de consumo após RRMD	2.6. Diferenças percecionad as na forma como eram olhados pela sociedade antes e depois de entrar em RRMD	2.7. Reflexão sobre os avanços e recuos ao longo do percurso (pós contacto com RRMD)
				2.5.1.Reduç ão nas práticas prejudiciais para a saúde		
				2.5.2. Alterações nas doses, substâncias e via de administraçã o		

Anexo 6. Breve caracterização ao que é associado, tempo de contato, se este é continuado ou não e como chegaram até às estruturas de RRMD

	Entrevistado	Sexo	Idade	Palavra associada à RRMD	Tempo de contacto	Contacto continuado ou não	Como chegaram à RRMD
Grupo A	E1	F	39	Bom	10 anos	Continuado	Através do CAT
	E2	M	39	Espetacular e incrível	5 anos	Não continuado	Técnicos de equipas de rua fizeram a proposta
	E3	M	31	Família	1 ano e meio	Continuado	Técnicos de equipas de rua fizeram a proposta
	E4	M	30	Bom	5 anos	Continuado	Iniciativa própria

	E5	M	34	Salvaguarda	10 anos	Continuado	Através do Espaço Pessoa
	E6	F	31	Amizade	6 meses	Continuado	Através do Espaço Pessoa
Grupo B	E7	F	47	Ajuda	Não sabe	Continuado	Através do GiruGaia
	E8	F	44	Apoio	14 anos	Não continuado	Através do companheiro
	E9	M	45	Muito bom	3 anos	Continuado	Iniciativa própria
	E10	M	40	Apoio e ajuda	6 anos	Não continuado	Através do Espaço Pessoa
	E11	M	47	Bom	3 anos	Continuado	Indicação de alguém
	E12	F	44	Ajuda	10 anos	Continuado	Indicação de um amigo
	E13	M	49	Apoio	5 anos	Continuado	Indicação de colegas
Grupo C	E14	F	56	Família	16 anos	Não continuado	Técnicos de equipas de rua fizeram a proposta
	E15	F	59	Proximidade aos locais	3 anos	Não continuado	Iniciativa própria
	E16	M	57	Bom	4 anos	Continuado	Alguém lhe indicou
	E17	F	59	Bom serviço	3 anos	Não continuado	Iniciativa própria
	E18	M	53	Bom	15 anos	Continuado	Através do CAT
	E19	M	54	Apoio, ajuda e bem estar	Não se lembra	Continuado	Iniciativa própria

Anexo7. Diferenças existentes nas práticas de consumo antes e depois de ingressarem na RRMD

			Antes			Atualmente		
Entr.	Sexo	Idd	Substânc. psicoativa e freq. de consumo	Doses*	Via de administr.	Substânc. psicoativa e freq. de consumo	Doses	Via de administr.
Grupo A (30-40 anos)								
E1	F	39	Álcool, cocaína, diariamente	5 a 6 pacotes de vinho e 5 a 6 bases	Fumada	Álcool e cocaína	1 a 2 cervejas por dia e muito esporadicamente cocaína	Manteve-se fumada
E2	M	39	Heroína e cocaína diariamente	50/6e0 uros	Endovenosa	Heroína muito esporadicamente	Não especifica	Manteve-se endovenosa
E3	M	31	Heroína e cocaína diariamente	4gr de heroína e 1gr de cocaína	Fumada	Cocaína uma vez por semana	Não especifica	Manteve-se fumada
E4	M	30	Heroína e cocaína diariamente	1 a 2 gr por dia de cada substância	Fumada	Encontra-se abstinente		
E5	M	34	Heroína e cocaína diariamente	O que conseguiu, variável	Endovenosa	Haxixe	Não especifica	Fumada
E6	F	31	Heroína e cocaína diariamente	10 pacotes	Fumada	Heroína e cocaína diariamente	4 pacotes	Endovenosa
Grupo B (40-50 anos)								
E7	F	47	Heroína e cocaína	Variável	Fumada	Heroína muito esporadicamente	1 pacote	Manteve se fumada
E8	F	44	Heroína e cocaína	4 a 5 bases e 1 pacote de heroína	Fumada	Heroína quase não consome e cocaína diminui	Não especifica	Manteve-se fumada
E9	M	45	Heroína e cocaína	4 a 5 bases e 2 a 3 pacotes	Fumada	cocaína	1 a 2 bases por dia	Manteve se fumada
E10	M	40	Heroína e cocaína diariamente	1 a 1,5 gr de heroína e cocaína variável	Fumada e endovenosa	Heroína e cocaína diariamente	3 pacotes (são um quarto de 1 grama)	Cocaína é fumada e heroína é endovenosa
E11	M	47	Heroína diariamente	20 a 30 euros só para tirar a ressaca	Fumada	Encontra-se abstinente		

E12	F	44	Heroína e cocaína diariamente	Variável, tudo o que conseguisse	Fumada e endovenosa	Cocaína 3 vezes por dia e heroína só se não fizer a toma de CM	Não especifica	Fumada - cocaína e endovenosa para a heroína
E13	M	49	Heroína diariamente	Não especifica	Fumada	Cocaína muito esporadicamente	Não especifica	Endovenosa
Grupo C (50-60 anos)								
E14	F	56	Heroína e cocaína diariamente	5 a 6 doses de cada	Endovenosa	Heroína muito esporadicamente, apenas quando não faz a toma de CM	1 dose que não é diária	Fumada
E15	F	59	Heroína e cocaína-variável: começou a consumir na prisão	Não especifica	Endovenosa	Cocaína-variável, dependendo do que consegue	Não especifica	Fumada
E16	M	57	Heroína e cocaína diariamente	10 pacotes de heroína e 10 de cocaína	Fumada e endovenosa	Heroína e cocaína diariamente	2 pacotes de heroína e 5 de cocaína	Manteve-se fumada e endovenosa
E17	F	59	Heroína e cocaína diariamente	Variável, o que tivesse	Endovenosa	Cocaína esporadicamente	Ver se especifica	Fumada
E18	M	53	Heroína e cocaína diariamente	Variável, tudo o que tivesse	Endovenosa e fumada	Heroína e cocaína diariamente	4 doses	Manteve-se fumada e endovenosa
E19	M	54	Heroína e cocaína diariamente	400 euros	Endovenosa e fumada	Cocaína diariamente e heroína muito esporadicamente	Não especifica	Cocaína fumada e heroína via endovenosa

*Termos utilizados pelos entrevistados quando se referem à heroína – “pacotes” e cocaína- “bases”